Aus der Orthopädischen Klinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. H. Mau

Angeborene Extremitätenfehlbildungen unter besonderer Berücksichtigung sozial-medizinischer Aspekte

(Bericht über 23 erwachsene Patienten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Ingrid Köhnlein, geb. Franz
aus Emanuelssegen

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547611_0066

Aus der Orthopädischen Klinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. H. Mau

Angeborene Extremitätenfehlbildungen unter besonderer Berücksichtigung sozial-medizinischer Aspekte

(Bericht über 23 erwachsene Patienten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Ingrid Köhnlein, geb. Franz
aus Emanuelssegen

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. W. Blauth
2. Berichterstatter: Professor Dr. H. Mau

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG · Tübingen

Meinem Vater, 1944 in Molodetschno gefallen,

gewidmet

Inhaltsübersicht

I. Einleitung

II. Geschichtliches

III. Methodik

IV. Eigenes Krankengut

A) Alter und Geschlecht der Patienten; Art und Lokalisation ihrer Mißbildungen

B) Klinische Befunde

1) Kasuistik (Photographien, Röntgenbilder und Röntgendiagnosen, Befunde der klinischen Untersuchung und bisherige fachärztliche Behandlung, Biographien)

2) a) Zeitpunkt der erstmaligen fachärztlichen Behandlung (Übersicht)

b) Orthopaedische Hilfsmittel

3) a) Mißbildungen in der Familie

b) Medikation während der Schwangerschaft; Verlauf von Schwangerschaft und Geburt

C) Soziale Befunde

1) Beruf der Eltern und finanzielle Verhältnisse im Elternhaus

2) Kindheit

3) Geschwister

4) Schulbildung

5) Beruflicher Werdegang

6) Ehe und Kinder

7) Sonstiger sozialer Bereich

V. Diskussion

VI. Zusammenfassung

VII. Literaturverzeichnis

I. Einleitung

Durch das bekannte Thalidomidunglück (1959 - 1962) stieg die Zahl der angeborenen Extremitätenfehlbildungen in der Bundesrepublik Deutschland sowie in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern außerordentlich stark an.
Dadurch wurden vielseitige Behandlungsprobleme aufgeworfen, die bislang nur wenig in ihrem Zusammenhang beachtet worden waren. Sie lassen sich in die eine Hauptfrage zusammenfassen: Wie können die vielen schwergeschädigten Kinder im Laufe ihrer Entwicklungsjahre ordentlich in die Gesellschaft eingegliedert werden? Gibt es hierfür bereits Beispiele und Anregungen aus den Jahren vor diesem Thalidomidunglück?

In der vorliegenden Arbeit kam es uns darauf an, dem Schicksal älterer Kranker mit angeborenen Gliedmaßendeformitäten nachzugehen, um ihre Erfahrungen den heute 6 - 9 jährigen "Dysmeliekindern" zugutekommen zu lassen.

In einem kurzen historischen Abriss versuchen wir zunächst, die Einstellung der Gesellschaft zum körperbehinderten Menschen darzustellen. Dann befassen wir uns mit den Lebensumständen von 23 Patienten, deren Werdegang wir für beispielhaft halten. Bei den Krankheitsbildern berichten wir im einzelnen die wichtigsten morphologischen Daten der Fehlbildungen, um dann ausführlicher auf Kindheit, Schulzeit, Beruf, Ehe und Kinder, sowie auf das derzeitige Milieu der Patienten einzugehen. Dabei wollen wir nicht nur prüfen, ob für die Kranken eine optimale orthopaedische Versorgung besteht. Es soll vor allem geklärt werden, wie sich diese Körperbehinderten mit ihrer Umwelt innerlich und äußerlich auseinandersetzen und wieweit ihnen die heutige Gesellschaft dabei behilflich ist oder ob sie ihre Fürsorgepflicht ihnen gegenüber vernachlässigt.

II. Geschichtliches

Eine Krüppelfürsorge als ausgesprochenes Sozialprogramm der Gesellschaft gibt es erst seit neuerer Zeit (1920). Früher nahm jeder Kulturkreis eine andere pragmatische oder weltanschauliche Haltung zu der "Krüppelfrage" ein.

Während urzeitliche und antike Nomadenvölker ihre mißgebildeten Kinder töteten oder aussetzten, erhielten im klassischen Altertum einige berühmte Krüppelgestalten, wie z.B. Hephästos, Aesop oder Pittacus die uneingeschränkte Hochachtung ihrer Umwelt. Das römische Grundgesetz von 450 v.Chr. befahl: "Pater ob insignem deformitatem puerum cito necato". (Der Vater hat ein Kind rasch zu töten, wenn es augenscheinlich mißgebildet ist) (SIMON, W.V.). Im römischen Kaiserreich konnten auf Märkten "seltene" Mißgeburten käuflich erworben werden (DICKE, W.); in vornehmen Häusern hielt man sich Zwerge und Monstrositäten als Attraktion.

Das christliche Mittelalter machte den Krüppel zum Almosenempfänger. Bis auf wenige Ausnahmen, wie z.B. den armlos geborenen Schriftkünstler Thomas Schweiker aus Hall (WUERTZ, H. 1919), war der Krüppel darauf angewiesen, ein "Gegenstand" frommer Mildtätigkeit zu sein. Indem er sich zur Schau stellte, konnte er gerade infolge seiner "Minderwertigkeit" das Leben fristen. Es läßt sich sogar nachweisen, daß gelegentlich Kinder absichtlich grausam verstümmelt wurden (SIMON, W.V.).

Die Renaissance ging so weit, den Krüppel zum "Ehrlosen und Lebensunwürdigen" zu stempeln und ihn als "Plage" den Tagedieben und Vagabunden gleichzustellen. Er konnte des Orts verwiesen werden (DICKE, W.).

Erst das 19. Jahrhundert verstand die Krüppelfrage als soziales und ethisches Problem (SIMON, W.V.). Die moderne Krüppelfürsorge begann mit dem Jahr 1833, als Kurz in München eine "Technische Industrieanstalt für krüppelhafte Kinder" schuf (DICKE, W.). Die Grundgedanken der Fürsorge wurden in weiteren Krüppelanstalten verwirklicht. Allerdings war die Idee dazu nicht ganz neu, denn es lassen sich schon in früheren Zeiten einzelne Versuche nachweisen, derartige Institutionen zu schaffen: So eröffnete 330 Zotikus in Konstantinopel eine erste Krüppelanstalt; Montezuma erstellte zwischen 1480 u. 1520 ein Haus für Krüppel; Vengel gründete 1780 in dem schweizerischen Orbe ein Krüppelbehandlungsinstitut (SIMON, W.V.).

1909 veröffentlichte Biesalski seine Krüppelstatistik und erreichte damit die gesetzliche Einführung der Krüppelfürsorge in Deutschland. 1920 verabschiedete Preußen ein Krüppelfürsorgegesetz (DICKE, W.).

Ein neues Bundesgesetz von 1957 wurde "Körperbehindertengesetz" genannt und hob damit schon vom Begriff her die letzte Diffamierung der bisher nur Krüppel Genannten auf. Das Gesetz möchte den Behinderten leistungsmäßig seinen gesunden Mitmenschen möglichst vollwertig an die Seite stellen (SIMON, W.V.). Dazu sollen eine planmäßige Erziehung und eine besondere berufliche Ertüchtigung verhelfen. Der Gesetzgeber hat die entsprechenden Maßnahmen unter dem Begriff "Rehabilitation"=(Wieder-) Eingliederung zusammengefaßt. Sie wird von Lindemann folgendermaßen definiert: "Eingliederung heißt, ein Glied einer Kette so zu gestalten beziehungsweise zu erneuern, daß es sich in die Reihe der übrigen einfügt."

III. Methodik

Wir untersuchten eine Gruppe von 23 erwachsenen oder wenigstens über 14 Jahre alten Patienten mit angeborenen Extremitätenmißbildungen.

6 Kranke stehen in Behandlung der Orthopaedischen Universitätsklinik Tübingen; von ihnen lehnte einer "aus grundsätzlichen Erwägungen" die Untersuchung ab. Über Gesundheitsämter und Fürsorgestellen in Tübingen und Umgebung konnten wir keine weiteren Patienten ausfindig machen, so daß wir im wesentlichen auf das Krankengut des Stuttgarter Gesundheitsamtes angewiesen waren, das 18 Patienten mit schwereren angeborenen Gliedmaßenfehlbildungen enthält.+

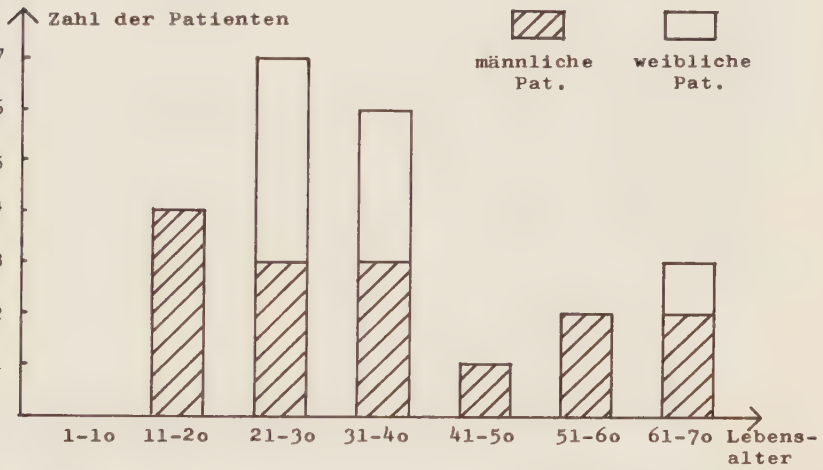
Die Körperbehinderten wurden angeschrieben und zur Untersuchung in die Orthopaedische Universitätsklinik Tübingen beziehungsweise in das Gesundheitsamt Stuttgart bestellt. Vier kamen trotz wiederholter Aufforderung nicht, sodaß über sie nur lückenhaft anhand der Unterlagen des Gesundheitsamtes Stuttgart berichtet werden kann. 19 Patienten wurden von uns klinisch und röntgenologisch untersucht und über die Entwicklung ihrer Lebensverhältnisse befragt.

+) Herrn Dr. med. Knupfer, Landesarzt für Körperbehinderte, möchten wir an dieser Stelle herzlich danken. Er machte uns freundlicherweise das Patientengut zugänglich und unterstützte uns bei der Arbeit.

IV. Eigenes Krankengut

A. Alter und Geschlecht der Patienten; Art und Lokalisation ihrer Mißbildungen.

Die untersuchte Gruppe umfaßt 15 männliche und 8 weibliche Patienten. Sie verteilen sich folgendermaßen auf die Altersgruppen:



Tab.1: Alters- und Geschlechtsverteilung.

17 von 23 Patienten sind jünger als 4o Jahre, und zwar liegt das Maximum der Altersverteilungskurve zwischen dem 21. und 3o. Lebensjahr. Das Alter der übrigen Patienten bewegt sich zwischen 41 und 69 Jahren.

Der jüngste Patient der Gruppe ist 14 Jahre, der älteste 69 Jahre alt.

Ein vereinfachtes Schema gibt einen Überblick über die Lokalisation der Fehlbildungen bei den Patienten (1) - (23):

Patient	Unt.Extr. li	Unt.Extr. re	Ob.Extr. li	Ob.Extr. re	Sonstige Mißbildungen
(1)	x	x	x	x	
(2)	x	x	x		e
(3)			x	x	
(4)		x			a
(5)		x			
(6)	x				
(7)				x	
(8)		x			
(9)	x				
(1o)		x	x	x	
(11)		x	x	x	b
(12)	x				
(13)			x	x	
(14)		x			
(15)				x	c
(16)	x	x	x	x	
(17)	x	x	x	x	
(18)	x	x	x	x	d e
(19)	x	x			
(2o)	x				
(21)	x	x	x		b
(22)		x			
(23)	x	x			b

Tab.3: Lokalisation der Fehlbildungen an den Extremitäten.

Sonstige Mißbildungen:

a = part. Beckenaplasie

b = Beckendysplasie

c = part. Aplasie d.M. Pectoralis major im Rahmen eines Poland-Syndroms (Zit.n. Schwalbe Gruber)

d = Gaumenspalte

e = angeborener Klumpfuß.

Aus Tab. 3 geht hervor, daß bei 11 Patienten jeweils eine Extremität geschädigt ist; von diesen Patienten haben 2 eine zusätzliche Mißbildung. Weitere 4 weisen Defekte an sämtlichen Extremitäten auf; von ihnen hat 1 Patient zwei zusätzliche Mißbildungen. Es folgen 4 Patienten mit jeweils 3 geschädigten und weitere 4 Patienten mit jeweils 2 betroffenen Gliedmaßen; von der ersten Gruppe haben 3 eine zusätzliche Mißbildung, von der zweiten Gruppe ein Patient.

B. Klinische Befunde

1) Kasuistik

Es wird eine Übersicht über das gesamte Patientengut gegeben. Wir stellen die Patienten vor und zwar anhand von klinischen und röntgenologischen Befunden und Angaben zur bisherigen fachärztlichen Behandlung. Diesbezügliche Auskünfte erhielten wir hauptsächlich von den Patienten. Für die stichwortartigen Biographien waren die Patienten die ausschließliche Informationsquelle.

Pat.(1): Kurt B., geb. 16.4.1952

Diagnose: Unt.Extr. re: Femur varum und prim. coxa vara cong.
li: Partielle Femuraplasie
Ob. Extr. re: Aplasie des 4. - 5. Fingers
li: Unterarmhypoplasie. Radiusköpfchenluxation. Partielle Syndaktylie des 2. u. 3. Fingers bei Aplasie des 4. u. 5. Fingers

Befund: (s.Abb.1 - 4) Großbogige re konvexe Skoliose der Wirbelsäule mit deutlichem Rippenbuckel re. Supination des linken Unterarms hälftig eingeschränkt. An beiden Händen je zwei kräftige makromele Finger und ein gut opponierbarer Daumen. Griff beider Hände sicher und kräftig. Gang watschelnd, li auf Zehenspitzen. Linker Oberschenkel deutlich verkürzt, rechter antekurviert. Außenrotation in beiden Hüftgelenken fast völlig aufgehoben. Links Hüftbeugekontraktur von 45 Grad, rechts 1o Grad. Beinlänge li 5o cm, re 61 cm.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Orthop. Schuhe bis 13 J., dann Schwimmhautdurchtrennung (beide Hände) und Narbenkorrektur; Dreh- und Varisierungsoperation (Hüfte li); jetzt Oberschenkelstützapparat li.

Biographie:

Als ältestes Kind eines Schreiners wuchs Kurt B. auf dem Lande in unauffälligen wirtschaftlichen Verhältnissen auf. Mit 2 Jahren bekam er den ersten Stützapparat, mit dem er sich während der Kindheit auf dem elterlichen Hof "herumtrieb". 5 Jahre später ging er wie die übrigen gleichaltrigen Dorfkinder in die Volksschule. Er ist jetzt in der 8. Klasse. Bisher brachte er immer gute Zeugnisse nach Hause.
Der stille, verschlossene Junge versteht sich recht gut mit den 3 Geschwistern, die sein einziger Umgang sind. Die Mutter duldet nicht, daß ihre Kinder mit den übrigen Dorfkindern verkehren. Neben der Schularbeit bastelt Kurt eifrig. Er möchte nach Beendigung der Volksschule gerne eine Handelsschule besuchen, um später Kaufmann zu werden.

Abb. 1

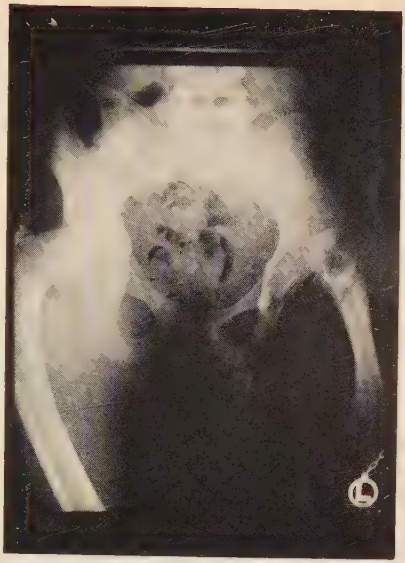


Abb. 2

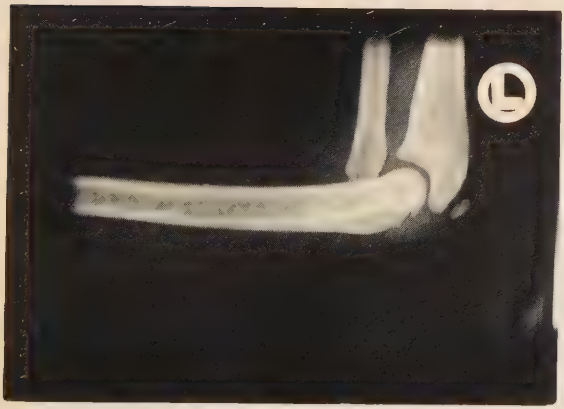


Abb. 3

Abb. 4

Pat.(2): Herta B., geb. 30.12.1933

Diagnose: Unt.Extr.: Klumpfüße bds. Amniot.Abschnürungen.
Ob. Extr. li: Periphere Hypoplasie.
Rumpf: Idiopath. Skoliose.

Befund: S-förmige Skoliose. Re Hand unauffällig. Li fehlt das Daumenendglied, der 2. - 4. Finger im Grundgelenk. Kleinfinger im Endglied rudimentär, Klino- und Kamptodaktylie. Verkürzte Zehen 2 - 5 re. Schnürfurchen Großzehenendglied, 2. Zehe Grundglied und Endglied 4. u. 5. Zehe li. Vorfußadduktion li.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Nach Geburt Klumpfußbehandlung mit konservativem Redressement, Nachtschienen und orthop. Schuhen; später wurden die miteinander verwachsenen Finger 2, 3 u. 4 li im Grundglied, der Daumen basisnahe abgesetzt.

Biographie:

Herta B. erinnert sich an eine unbeschwerte Kindheit als Tochter eines Prokuristen. Zu ihren 2 jüngeren Brüdern hatte sie ein gutes Verhältnis; sie lebt heute noch mit dem jüngsten Bruder bei der Mutter.
Als die Patientin 8 Jahre alt war, starb völlig unerwartet der Vater. Die Familie, die bis dahin ziemlich sorglos gelebt hatte, geriet in wirtschaftliche Not, bis die Mutter wieder ihren früheren Beruf (Kontoristin) aufnahm.
Während der ersten Volksschuljahre wurde die Patientin verspottet und ausgelacht; ihre einzige Reaktionsmöglichkeit waren damals "Tränen". Nach 4 Jahren besuchte sie die Mittelschule bis zur guten Abschlußprüfung.
Ihren ursprünglichen Berufswunsch (Lehrerin) konnte sie sich aus finanziellen Gründen nicht erfüllen. Sie versuchte bei der Post eine Stelle zu bekommen, wurde aber wegen ihrer Mißbildung abgewiesen. Schließlich wandte sie sich an die Stadtverwaltung, die sie nach einer gründlichen Eignungsprüfung als Angestellte einsetzte. Nun arbeitet sie schon 15 Jahre an derselben Stelle und führt immer noch dieselbe Tätigkeit aus. Wenigstens finanziell konnte sie sich im Laufe der Jahre verbessern.
Die alleinstehende, körperlich und geistig etwas schwerfällige 34 jährige liest und schwimmt gerne in ihrer freien Zeit. Mit Bekannten unternimmt sie stundenlange Wanderungen.

Pat.(3): Richard D., geb. 19.12.1909

Diagnose: Ob. Extr. re u. li: Radioulnare Synostose mit beiderseitigen erheblichen arthrotischen Veränderungen im Ellenbogengelenk.
Hypoplastische Elle mit Vorschub des dist.Endes.

Befund: Unterarme in mittlerer Streckbehinderung beider Ellenbogengelenke u. Pronation fixiert. Madelungsche Deformität der Handgelenke mit Einschränkung der Dorsalextension.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Keine

Biographie:

Der lebensfrohe, aufgeweckte Richard D. war der einzige Junge von 5 Kindern und mußte deshalb schon früh hart arbeiten. Bereits während der Kindheit half er dem Vater in der kleinen Landwirtschaft, die dieser neben seinem Beruf als Plattenleger betrieb.
Während der Volksschulzeit hatte er nie Ärger mit seinen Kameraden, weil er, wie er sagt, schon immer "ein helles Köpfchen" hatte und den Mitschülern das Heft zum Abschreiben gab. Sehr gerne hätte er das Gymnasium besucht, mußte jedoch aus finanziellen Gründen darauf verzichten. Da er aber unbedingt "etwas Besseres" werden wollte, bewarb er sich als Lehrjunge bei einer Bank. An dem Tage, als er eingestellt werden sollte, wurde die Bank aufgelöst. Enttäuscht begann er nun doch eine Lehre im Plattenlegergeschäft, in dem sein Vater als Meister arbeitete. Während der Lehrzeit halfen ihm die übrigen 3 Lehrbuben bei den Arbeiten, die er wegen seiner schwachen Arme nicht alleine ausführen konnte.
Mit 28 Jahren heiratete der Patient und verließ das elterliche Haus, da er sich mit der zweiten Frau des Vaters nicht gut verstand; seine Mutter war gestorben, als er 23 Jahre alt war. Mit 30 Jahren legte er die Meisterprüfung ab und gründete ein eigenes Geschäft.
Aus der Ehe stammen 3 gesunde Kinder. Zwei Töchter sind verheiratet. Der Sohn, den er gerne ins Gymnasium schicken wollte, ist heute ebenfalls Plattenleger, weil er "zu faul zum Lernen" war. Neben dem gutgehenden Geschäft und der Familie widmet sich Richard D. dem Fußballverein, dem er lange Zeit als Vorstand angehörte.

Abb. 5

Abb. 6

Abb. 7

Pat.(4): Gisela H., geb. 12.4.1940

Diagnose: Unt.Extr. re: Partielle Beckenaplasie. Subtotale Femuraplasie. Totale Tibiaaplasie. Defekt dreier Zehenstrahlen.

Befund: (s.Abb.5 - 7) Trägt Oberschenkelprothese, damit Gleichstand der Beckenkämme. Fixiertes Hohlkreuz. Etwa seitengleiches Gesäßrelief. Re Bein um 51 cm verkürzt, Unterschenkel sitzt direkt am Becken an. Der 2-strahlige Fuß in extremer Spitzfußstellung. Fußsohle zeigt nach medial. Die 2 hypoplastischen Zehen stehen in Hammerstellung.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Keine

Biographie:

Zur Untersuchung brachte die wohlbehütete, sensible 27 jährige Gisela H. die Eltern "als Unterstützung" mit.
Sie erinnert sich an eine unbeschwerte Kindheit - teils in einer süddeutschen Großstadt, teils in Wien -, zumal der Vater, von Beruf Parkettleger, immer gut verdiente, Giesela H. war ein munteres Kind, das Seil sprang, Roller fuhr und Anführerin zahlreicher Spielkameraden war. Da die Eltern keine weiteren Kinder wünschten, um sich ganz ihrer einzigen Tochter widmen zu können - und vor allem aus Angst vor einem weiteren Kind mit angeborenen Schäden -, blieb sie ohne Geschwister.
Ebenso harmonisch waren die Jahre in der Volksschule, in der sie sich wie jedes andere Kind behandelt fühlte. Danach besuchte sie die Handelsschule. Da die Eltern sie noch nicht ins Berufsleben hinausschicken wollten, kam sie noch für ein weiteres Jahr in eine Haushaltsschule. Die Patientin, die gut lernte, hätte ganz gerne das Gymnasium besucht; aber sie und besonders ihre Eltern scheuten den langen Schulweg mit der Straßenbahn. Als 18 jährige bewarb sie sich als Stenotypistin in einem Kleinbetrieb und wurde von ihrem Chef und dessen Familie gut aufgenommen. Die Freundschaft mit der Tochter des Arbeitgebers forderte anscheinend den Neid und die Eifersucht einer Kollegin heraus, welche ständig "stichelte" und der Freundin mit Anspielungen auf die Mißbildung der Patientin in den Ohren lag. Gisela bekam schließlich einen "Nervenzusammenbruch", von dem sie sich offenbar bis heute noch nicht erholt hat, trotz eines Sanatoriumaufenthalts und trotz oder geradezu wegen der außergewöhnlich liebevollen Pflege zu Hause.
Die Patientin "fühlt sich von der Menschheit enttäuscht" und arbeitet seit 5 Jahren nicht mehr. Sie läßt sich ganz von den Eltern unterhalten. In ihren Beruf als Stenotypistin will sie auf keinen Fall zurückkehren. Ohne konkrete Pläne zu haben, spielt sie mit dem Gedanken, ihr Geschick in kunstgewerblichen Arbeiten in einer "Boutique" oder etwas ähnlichem zu verwerten. Sport und Gymnastik betreibt Gisela nicht, doch geht sie viel spazieren. Die aufgeweckte, intelligente Patientin könnte, wenn sie nur wollte, völlig selbständig leben.

Pat.(5): Otto H., geb. 3.4.1936

Diagnose: Unt.Extr. re: Fibulaaplasie, Fußwurzel-, Mittelfuß-, Zehenaplasien.

Befund: Oberschenkel gleich lang. Endgradige Streckbehinderung im re Knie. Re Unterschenkel (um 17 cm verkürzt) stark verschmächtigt, nur ein Knochen (Tibia) tastbar. X-Knie. Fuß verkümmert. Vom Mittelfuß nur ein medialer Strahl vorhanden. Rechtwinklig plantarflektierte Großzehe. Kaum beweglicher Rückfuß. Re Fuß stark außenrotiert. Röntgenologisch liegen von Mittelfuß und Fußwurzel 2 synostosierende Knochenelemente vor.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Keine

Biographie:

Otto H., ein stiller, verschlossener 30 jähriger, ist eines von 5 Kindern eines Straßenbahnangestellten. Die Familie hatte - außer in den Jahren der Arbeitslosigkeit um 1929 - nie grössere wirtschaftliche Sorgen. Unter den Geschwistern, die von der einzigen Schwester kommandiert wurden, spielte der Patient keine besondere Rolle.
In der Volksschule hatte er angeblich keine Schwierigkeiten mit seinen Mitschülern. 5 Jahre später wechselte er in das Gymnasium über und legte die Reifeprüfung ab. Im Turnunterricht machte er soweit als möglich mit und besuchte auch die Tanzstunde.
An einer Technischen Hochschule studierte Otto H. Physik bis zum Diplomexamen. Nach insgesamt 9 Jahren erwarb er den Grad eines Dr.rer.nat.
Seit 2 Jahren arbeitet er nun in einer international bedeutenden Firma der Elektroindustrie. Dort lernte er eine Kollegin, die ebenfalls Physikerin ist, kennen und freundete sich mit ihr an. Neben der Arbeit treibt Otto H. intensiv Sport, und zwar Schwimmen, Paddeln und Tischtennis. Außerdem liest und bastelt er gerne. Der Patient, der noch bei der Mutter lebt, besitzt ein eigenes Auto.

Pat.(6): Helga K., geb. 27.2.1939

Diagnose: Coxa vara congenita li.

Befund: Li Bein um 28 cm verkürzt, vor allem Oberschenkel betreffend. Abspreizfähigkeit in li Hüfte aufgehoben. Femur i.S. von Antecurvation und Varus verbogen. Mittelstarke Hüft- und Kniebeugekontraktur li.Fuß o.B.
Trägt Beinstützapparat mit Tubersitz (nicht sehr günstige Versorgung).

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Unbekannt

Pat.(7): Uli K., geb. 5.8.1948

Diagnose: Ob. Extr. re: Angeborene Beugekontraktur des Handgelenkes (Manuß flexa cong.)

Befund: Rechte Hand in rechtwinkliger Beugekontraktur. Faustschluß re nicht möglich. Streckkontraktur der Langfinger.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Konservative Reposition der Handfehlstellung wurde mit 8 J. begonnen und operativ forgesetzt.

Biographie:

Der freundlich und natürlich auftretende 18 jährige wurde und wird von den Eltern sehr verwöhnt, denn er ist deren einziges Kind. Die wirtschaftlichen Verhältnisse im Elternhaus waren stets gut, da der Vater als Goldschmied und Juwelenfasser ausreichend verdient.
Nach dem Kindergarten besuchte Uli K. die Volksschule. Er war ein mittelmäßiger Schüler und kam mit Lehrern und Klassenkameraden immer gut aus.
Anschließend wäre er gerne Koch oder Metzger geworden, mußte aber wegen seiner Mißbildung darauf verzichten. Er lernte als Kaufmann in einem Feinkostladen. Dort hatte er ein sehr gutes Verhältnis zu seinem Lehrherrn. Inzwischen hat er die Schlußprüfung abgelegt.
In der Freizeit besucht Uli K. mit seiner Freundin öfters Tanzveranstaltungen, sitzt mit Kameraden in der "Kneipe" und treibt viel Sport. Er möchte jetzt die Fahrprüfung ablegen, damit er nicht mehr "schwarz" fahren muß.
Von einer erneuten Handoperation verspricht sich der Patient sehr viel und lebt ganz in der Hoffnung, daß die rechte Hand funktionstüchtig wird.

Pat.(8): Brigitte K., geb. 12.5.1940

Diagnose: Unt.Extr. re: Part.Fibulaaplasie. Tibiahypoplasie. Aplasie 4. u. 5. Fußstrahl. Talocalcaneare Synostose.

Befund: Rechter Fuß dreistrahlig, 1 Großzehe, 2 dreigliedrige Zehen. Re Fibulaköpfchen 2 cm tiefer als li. Beinverkürzung re um 5.5 cm, betrifft ausschließlich Unterschenkel. Fuß 2.5 cm verkürzt. X-Knie mit Streckdefizit re.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Keine

Biographie:

Die hübsche, selbstbewußte und lebhafte 26 jährige erinnert sich nicht gerne an die ersten 4 Lebensjahre bei ihrer Mutter, einer Schauspielerin. Sie war damals ein unansehnliches, dickes, phlegmatisches Kind, das mangels orthopaedischer Schuhe sehr schlecht laufen konnte. Von der Mutter wurde sie benachteiligt; die Patientin entschuldigt dies heute mit deren damals sehr jugendlichem Alter. Als das letzte der 3 Kinder zur Welt kam, überließ die Mutter Brigitte K. Verwandten. Nun ging es ihr wenigstens äußerlich besser. Sie bekam jetzt ebenso viel Spielzeug wie die anderen Kinder und vor allem endlich orthopaedische Schuhe. Sie wurde "von Tante zu Tante weitergereicht" und wechselte dabei jedesmal den Wohnort; ein eigentliches, ständiges Zuhause kannte sie nicht.
Mit 7 Jahren besuchte sie die Volksschule. Die Mitschüler verspotteten sie und lachten sie aus, bis der Lehrer eingriff, der sie demonstrativ bevorzugte und sie mit "Ehrenämtchen" zu trösten suchte. 4 Jahre später wechselte sie in ein Internat über, in dem sie bis zum Abitur blieb. Ihre Lieblingsfächer waren Naturwissenschaften und Musik; von der 7. Klasse an nahm sie am Turnunterricht teil.
Ihren Plan, Musiklehrerin zu werden, gab sie auf, als ihr der Stiefvater, ein Apotheker, den die Mutter 1954 geheiratet hatte, zum Studium der Pharmazie riet. Sie studierte 8 Semester und finanzierte ihre Ausbildung mit Hilfe von Waisenrente und eigenem Verdienst. Vor kurzem bestand sie das Examen und arbeitet nun vorläufig in der Apotheke des Stiefvaters. Neben der Arbeit geht sie gerne schwimmen und tanzen.
Anläßlich einer Party bei Bekannten lernte sie ihren jetzigen Freund, einen TH-Studenten, kennen. Beide wollen nach dessen Studienabschluß heiraten. Die Patientin lebt selbständig in ihrer eigenen Wohnung; sie ist stolz darauf, ein Auto zu besitzen. Die Unabhängigkeit macht ein jetzt ungestörtes Verhältnis zur Mutter möglich.

Pat.(9): Gisela L., geb. 17.5.1943

Diagnose: Unt.Extr. li: Subtotale Fibulaaplasie. Femur varum.

Befund: Li Bein mit Prothese versorgt, Fuß in maximaler Spitzfußstellung. Li Hüfte aufgehobene Innendrehfähigkeit. Oberschenkel um 1o cm, Unterschenkel um 6,5 cm verkürzt. Li Fuß um 3 cm verkürzt. Zehengang li ohne Apparat gut möglich, wenn re Knie auf 12o Grad abgewinkelt wird.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Mit 3 J. Versuch einer Verlängerungsosteotomie (Obersch. li); Sequesterbildung im Bereich des Op. Gebiets 2 J. post operationem.

Biographie:

Gisela L. ist das uneheliche Kind einer Kontoristin; ihren Vater kennt sie nicht. Obwohl sie in einer unvollständigen Familie aufwuchs, hatte sie doch eine schöne, ungetrübte Kindheit. Als sie 15 Jahre alt war, kam als Nachzügler noch ein kleiner Bruder, ebenfalls unehelich geboren.
Kurz darauf zog die Mutter mit beiden Kindern von Ostdeutschland in eine westdeutsche Großstadt. Gisela L. besuchte dort die Oberschule bis zum Abitur. Während der Schulzeit, in der sie mit Mitschülern und Lehrern gut auskam, hatte sie stets eine Führerrolle inne; auch schon in ihrer früheren Heimat war sie recht aktiv bei den jungen Pionieren. Im entsprechenden Alter besuchte sie die Tanzstunde zusammen mit ihren Freundinnen, fühlte sich aber unsicher und gehemmt und blieb dann dem Kurs nach dem "Zwischenball" fern. Heute bedauert sie ihr damaliges "ungeschicktes Verhalten".
Nach dem Abitur wollte sie studieren. Die Fächer Medizin oder Naturwissenschaften, die sie interessierten, erschienen ihr jedoch zu langwierig. Sie wurde Volksschullehrerin, ist nun seit kurzer Zeit im Beruf tätig und hat große Freude am Unterrichten. Neugierige Fragen ihrer kleinen Schüler wegen ihres "Beines" beantwortet sie damit, daß es sich um die Folge einer Kinderlähmung handle; die Kinder geben sich damit zufrieden, "da dies ihnen ein Begriff ist".
Die Patientin ist seit einem Jahr mit einem Gerichtsreferendar verlobt und will bald heiraten. Sie verbringt ihre freie Zeit vornehmlich mit Lesen und Flötenspiel. Zum Schwimmen kommt sie nur im Urlaub; in der übrigen Zeit "geniert" sie sich.
Gisela L. wohnt allein an ihrem sehr abgelegenen Schulort ohne die Möglichkeit fester Kontakte. Am Wochendende fährt sie jeweils nach Hause.

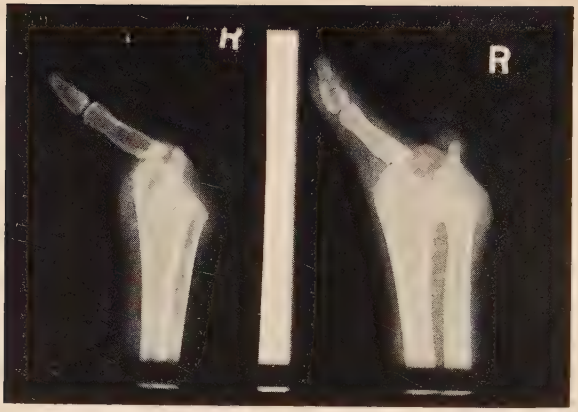


Abb. 8

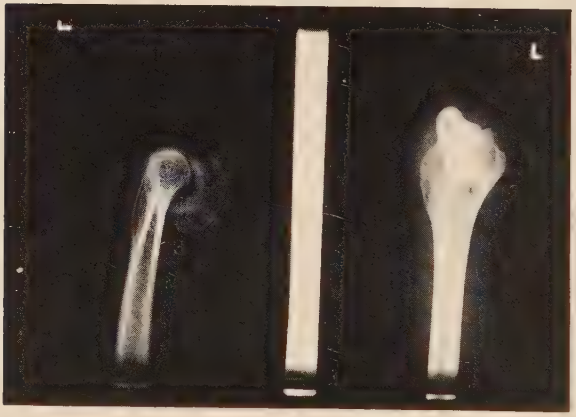


Abb. 9

Abb. 1o

Pat.(1o): Rolf L., geb. 24.12.1940

Diagnose: Unt.Extr. re: Unterschenkelperomelie. Hochgradige Kniegelenksdysplasie.
Ob. Extr. li: Ellenbogenperomelie.
re: Periphere Hypoplasie.

Befund: (s.Abb. 8 - 10) Re Hand reduziert auf einen relativ kräftigen radialen Finger und einen ulnar-volaren kurzen (beweglichen) Fingerstumpf. Mittelhand und Handwurzel fehlen. Gewisse Greiffähigkeit der re Hand. Li fehlt der ges. Unterarm bis auf ein kurzes, aktiv bewegliches, bürzelartiges Rudiment.
Re Oberschenkel verschmächtigt. Unterschenkel endigt in einem 15 cm langen spitz-konischen Stumpf mit Kuppenhyperkeratose. Li Bein bis auf Plattfuß unauffällig.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Keine

Biographie:

Den 27 jährigen Patienten, Sohn eines im 2. Weltkrieg gefallenen Bahnbeamten, verbindet ein kameradschaftliches Verhältnis mit dem zweiten Vater (die Mutter heiratete 1945 einen Friseur). Im Kindergarten war es Rolf L. zu langweilig, und so verbrachte er eine unbeschwerte Kindheit zu Hause, später zusammen mit einer Schwester. "Auf den Knieen rutschend" kam er in die öffentliche Volksschule und wehrte sich dort energisch gegen die anfänglichen Spötterei en seiner Schulkameraden, die ihn bald in die Klassengemeinschaft aufnahmen. Ein Jahr später bekam er die erste Prothese. Im Anschluß an die Volksschule war er 4 Jahre in einer Münchener Handelsschule mit Internat. Nach der Prüfung zur Mittleren Reife mußte er den Berufswunsch des Elektrotechnikers als für ihn unerreichbar aufgeben und ließ sich auf einer Stadtverwaltung in 3 Jahren zum Verwaltungsangestellten ausbilden.
Nun verrichtet er auf dem Rathaus seiner Heimatgemeinde eine Arbeit, die ihm als "zweitklassig" erscheint. Weiterbilden will sich der Patient jedoch nicht, da er "vom Lernen vorerst die Nase voll" hat.
In der Freizeit vergnügt er sich mit seinen Freunden im Schützen- und Fußballverein; er spielt Mundharmonika und fährt gerne auf geborgten Motorrädern spazieren. Sein Interesse für das andere Geschlecht ist "nicht besonders groß"; von den Mädchen sieht er sich gegenüber seinen Kameraden jedoch keineswegs benachteiligt.

Pat.(11): Emma N., geb. 22.1.1904

Diagnose: Unt.Extr. li: Femur varum mit prim.coxa vara cong. Beginnende Coxarthrose.
re: Part.Femurdefekt. Fibulaaplasie. Talocalcaneare Synostose.
Ob. Extr. re: Oligodaktylie
li: Oligodaktylie

Befund: (s.Abb.11 - 15) Ulnalänge re 21.5 cm, li 17 cm. Rechte Hand: Unauffälliger, gut funktionierender Daumen. Von den 2 weiteren Mittelhandknochen trägt der ulnare 2 distale Gelenkflächen mit 2 divergierenden Fingerstrahlen; der radiale davon ist mit dem mittleren Finger knöchern verschmolzen.
Linke Hand: verkürzt, Scherenform aus nur 2 Fingern bestehend. Ein relativ normaler Daumen und ein 2-gliedriger Kleinfinger. Keine weiteren Mittelhandstrahlen. Keine aktive Anspreizfähigkeit der Finger. Im Liegen deutlich Hyperlordose. Re Bein um 25 cm verkürzt. Hüft- und Kniebeugekontraktur. Patientin trägt Hülsenapparat mit Verkürzungsausgleichsunterschenkelteil.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Keine

Biographie:

Die 63 jährige erzählt von einer entbehrungsreichen Kindheit. Der Verdienst des Vaters als Metzger reichte nicht aus, die zwölfköpfige Familie zu ernähren. So betrieben sie nebenbei noch ein "Milch- und Botengeschäft". Die Eltern führten wegen der sehr angespannten wirtschaftlichen Verhältnisse keine glückliche Ehe.
Emma N. besuchte den Kindergarten und anschließend die Volksschule bis zum 13. Lebensjahr. Dort konnte sie überall mithalten, nur beim Handarbeiten hatte sie Schwierigkeiten. Wegen ihrer Mißbildung wurde sie von den Mitschülern oft verspottet und geplagt. Vom Lehrer, der sie immer vernachlässigte, hatte sie keine Hilfe zu erwarten - ihre einzige Fluchtmöglichkeit war das Weinen. Am schlimmsten trieben es die anderen Kinder auf dem Weg in den Konfirmandenunterricht, der für die Patientin geradezu zur Qual wurde.
Sehr gerne wäre die Patientin nach der Schule auf ein Büro gegangen. Aber das Geld zur Ausbildung war nicht vorhanden. Doch durfte sie wenigstens in einem "Stift" Nähen und Häkelarbeiten erlernen. In ihrer Jugend hatte sie einige Heiratsanträge abgelehnt, da sie die Männer nicht "an einen Krüppel" binden wollte und auch eine spätere Enttäuschung fürchtete.
Heute bewohnt sie ein Zimmer bei ihrer verheirateten Schwester, der sie den Haushalt versieht,und lebt von einer kleinen Sozialrente. Mit Weißzeugnähen kann sie noch etwas hinzuverdienen, doch sieht sie sich ganz auf die ältere Schwester angewiesen. Die Zeit neben der Haushaltsarbeit verbringt sie an der Nähmaschine, ihrer "einzigen Freundin". Viel bedeutet ihr die religiöse Gemeinschaft in der Methodistenkirche.
Im allgemeinen ist das fleißige und bescheidene Weiblein mit ihrem Los zufrieden. Sie hat"von vornherein keine großen Hoffnungen in ihr Leben gesetzt und ist deshalb heute auch nicht enttäuscht".

Abb. 11

Abb. 12

Abb. 13

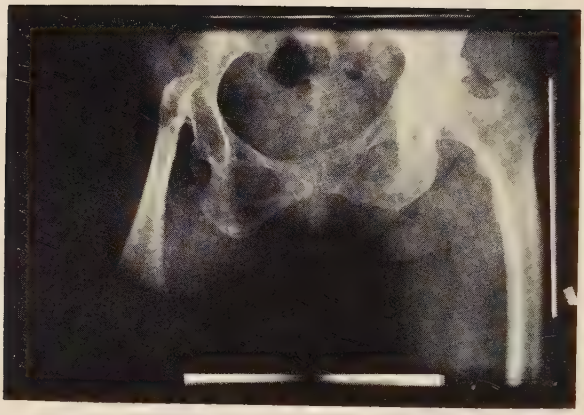


Abb. 14

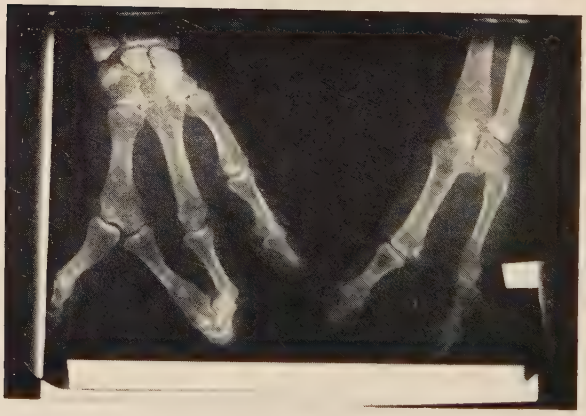


Abb. 15

Pat.(12): Marianne P., geb. 30.8.1927

Diagnose: Unt.Extr. li: Partielle Femuraplasie.

Befund: Linke Wade hochgradig verschmächtigt. Beinverkürzung li von 19 cm (Oberschenkel). Leichte Hüft- und Kniebeugekontraktur. Stark eingeschränkte Hüftinnendrehfähigkeit li. Gut ausgebildeter Fuß li, frei beweglich.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Nach der Geburt in klinischer Behandlung;
2 J. später erneut stationär (Gipsbett).

Biographie:

Marianne P. ist die Tochter eines Bierbrauers. Das harmonische Eheleben der Eltern und gute wirtschaftliche Verhältnisse prägten ihre Kindheit. Zu der 2 Jahre älteren Schwester hatte sie ein ordentliches Verhältnis.
Die Mißbildung der Patientin war in den ersten Lebensjahren noch nicht so stark ausgeprägt, und sie wurde im Kindergarten nicht "ausgelacht". Um so mehr dann in der Volksschule, von der sie mit 10 Jahren "aus Prestigegründen" in die Mittelschule überwechselte. Sie war stets eine durchschnittliche Schülerin. An freien Nachmittagen unternahm sie mit ihren Freundinnen in die nähere und weitere Umgebung Radtouren, an die sie sich heute gerne erinnert.
Nach der Mittleren Reife trat sie in eine Strickwarenfirma als Lehrling ein und legte dort nach der Gesellen- die Meisterprüfung als Schneiderin ab.
Mit 22 Jahren heiratete sie einen Maschinenschlosser. Sie bekam ein gesundes Töchterchen, das, ein Jahr alt, an Meningitis erkrankte und seitdem spastisch gelähmt ist. Das jetzt 17 jährige, geistig stark retardierte Kind macht den Eltern große Sorgen. Sie gehen wegen der Tochter nicht gerne an die Öffentlichkeit. Im übrigen führen sie aber eine recht glückliche Ehe. In den freien Stunden, die der Mutter neben der Pflege des kranken Kindes bleiben, setzt sie sich "zur Abwechslung" an ihre Nähmaschine und verdient mit kleineren Aufträgen ein zusätzliches Taschengeld. Die Patientin, die schon vor der Schulzeit schwimmen konnte, geniert sich, in ein Hallenbad oder Freibad zu gehen; sie "wagt" dies höchstens im Urlaub.

Pat.(13): Michael P., geb. 19.2.1925

Diagnose: Subtotale Aplasie des re Unterarmes, Radiusköfchenlux. li, ulnare Klumphand mit Aplasie des 1. und 2. Fingers bds.

Befund: Stark verkürzter und rudimentär-dünner Unterarm li mit in Überstreckstellung steifem Ellbogengelenk und Hypoplasie des 3. und Fehlen des 2. und 1. Fingers re. Li re-winklige Ankylose des Ellbogengelenks, Radiusköpfchen in die Ellenbeuge luxiert, ulnare Abwinkelung der Hand und Fehlen des 1. und 2. Fingers.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Unbekannt

Pat.(14): Johann R., geb. 21.2.1930

Diagnose: Unt.Extr. re: Oberschenkelperomelie.

Befund: Konisch zulaufender Oberschenkelstumpf mittleres Drittel. Hüftgelenk frei beweglich. Stumpfkuppe gut hautgedeckt. Trägt Oberschenkelsaugprothese mit einem Beckengurt. Kräftiges, unauffälliges li Bein.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

In klin. Behandlung mit 2 J. (Versorgung mit Stelze); mit 24 J. Tibia- oder Fibularudiment wegen Stumpfversorgungsschwierigkeiten abgesetzt; prothet. Versorgung.

Biographie:

Johann R., ein 37 jähriger Arbeiter, stammt mit 3 Schwestern aus einer zweiten Ehe des Vaters; dazu kommen noch 3 Kinder aus erster Ehe. Der Patient hatte nie eine Sonderstellung unter den Geschwistern inne.
Der Verdienst des Vaters in seinem Schuhmachergeschäft reichte nicht zu "Sonderwünschen", aber doch zusammen mit den Einkünften aus einer kleinen Landwirtschaft zum Notwendigen für alle Kinder.
Die Volksschule besuchte Joh.R. im Nachbarort. Gegen das Gespött seiner Mitschüler wehrte er sich mit kräftigen Schlägen und gewann später viele Freunde. Neben dem Unterricht mußte er schon frühzeitig dem Vater in der Landwirtschaft helfen. Als er mit 14 Jahren Schuhmacher werden wollte, aber zu Hause als Hilfe gebraucht wurde, blieb keine Zeit für eine ordentliche Lehre. So arbeitete er bis zum 20. Lebensjahr in der Landwirtschaft.
Als 33 jähriger heiratete der Patient eine Kellnerin, mit der er in harmonischer, allerdings kinderloser Ehe lebt; er hat Angst, ein verkrüppeltes Kind zu bekommen.
Neben dem Beruf - er ist jetzt als Hilfsarbeiter im Tiefbau beschäftigt - geht er gerne schwimmen, bastelt und liest viel. Manchmal musiziert er mit seiner Frau, und zwar spielt er Zieharmonika und sie Mandoline.

Pat.(15): Franz R., geb. 3.3.1911

Diagnose: Ob. Extr. re: Poland-Syndrom: Part.Pectoralisaplasie. Angeborene Radiusköpfchenluxation. (rad.-ulnare Synostose?) Symbrachydaktylie.

Befund: (s.Abb.16 - 18) Partielles Fehlen des großen Brustmuskels (mit Minderausbildung der Brustwarze) und völliges Fehlen des 2. u. 3 Fingers unter starker Verkümmerung des 4. u. 5. Fingers re, welche miteinander verschmolzen sind. Klinodyktylie des Daumens (Verbiegung des Daumenendgliedes nach der Ellenseite hin). Zangengriff und unvollständiger Spitzgriff möglich, kein Breitgriff. (Symbrachydaktylie re)

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Mit 3 J. Synostose zw. 1., 3. u. 4. Strahl (re Hand) durchtrennt u. 2 überstehende Fingerstrahlen abgesetzt.

Biographie:

Der Patient ist das zweite von 3 Kindern eines Gerichtsvollziehers. Die Eltern lebten in glücklicher Ehe und hatten nie finanzielle Sorgen. So konnten sie ihm eine unbeschwerte Kindheit bieten. Der Patient fühlte sich gegenüber seinen 2 Geschwistern nicht benachteiligt, außer daß er während der Schulferien immer "aufs Land mußte", um die "Brustmuskulatur zu stärken". Diese Therapie nützte wohl wenig, da er stets nur den gesunden Arm trainierte.
Während 8 Jahren Volksschule hatte er ein gutes Verhältnis zu Lehrern und Kameraden. Nach dem Besuch der Höheren Handelsschule lernte er 3 Jahre als Kaufmann, wobei ihm sein Arm nie merkbar hinderlich war. Als er die Lehre beendet hatte, arbeitete er sich im Laufe der Jahre zielstrebig und zäh nach oben. Heute ist der Patient stolz, es zum Beamten einer landwirtschaftlichen Behörde gebracht zu haben.
Als 27 jähriger heiratete er seine erste Frau, die er auf dem täglichen Weg zur Arbeit kennengelernt hatte. In der Nachkriegszeit nahm sie häufig wechselnde außereheliche Beziehungen auf. Deshalb ließ er sich nach 3 jähriger kinderloser Ehe scheiden. 9 Jahre später lernte er seine zweite Frau, eine ehemalige Säuglingsschwester kennen, von der er sich verwöhnen und bemuttern läßt. Aus der Ehe stammt eine nun 19 Jahre alte Tochter.
Er lebt heute in guten finanziellen Verhältnissen. Neben seiner Arbeit bastelt und fotografiert er gerne. Großen Wert legt er auf ein wohlschmeckendes und reichliches Essen, zu dem er regelmäßig seine 2 - 3 Viertele trinkt. Das Autofahren hat er aufgegeben, er fühlt sich zu schwach dazu.
Bezeichnend für den Patienten ist, daß er an jedem 26.September abergläubisch um sein Leben bangt; als 3 jähriger fiel er an diesem Tag von einem Pferd .....

Abb. 16

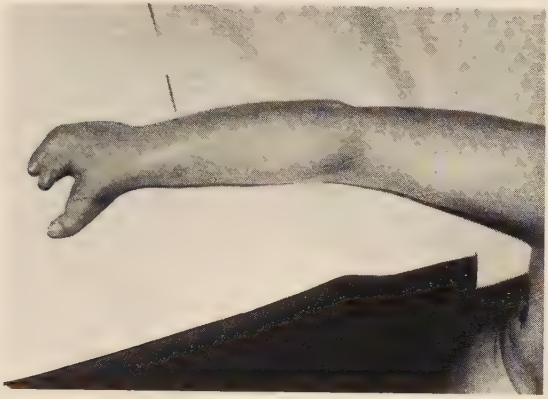


Abb. 17

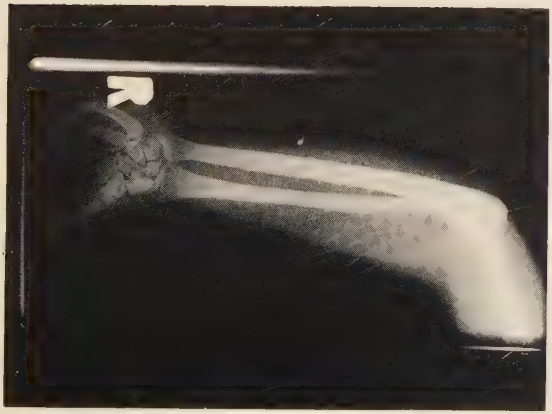


Abb. 18

Pat.(16): Rudolf S., geb. 3o.3.194o

Diagnose: Mittelhandperomelie re, Fingerperomelie III li, Klinodaktylie 5. Finger li.
Angeborene Großzehenamputation li, Spreizfuß bds.

Befund: An der re Hand sind bei relativem Weichteilreichtum nur einige Handwurzelknochen tastbar, Finger fehlen einschließlich Mittelhand. Li fehlt das Mittelfingerendglied, radiale Klinodaktylie des hypoplastischen Ringfingers. Streckbehinderung des Kleinfingers.
Am li Fuß fehlt die Großzehe ganz und das Endglied der 2. Zehe. Starker Spreizfuß bds. Li Prominenz des Mittelfußköpfchens IV. Re Hammerzehenbildung.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Unbekannt

Pat.(17): Harald Sch., geb. 20.11.1952

Diagnose: Unt.Extr.: Unterschenkel-Amputation nach doppelseitiger Tibiaaplasie.
Ob. Extr.: Spalthände beiderseits.

Befund: (s.Abb.19 - 22) An beiden Händen 2 außerordentlich kräftige Finger, Hände krebsscherenartig. Mit beiden Händen guter Grob- und Spitzgriff. Kräftige Arme, bewegt sich viel auf den Händen fort. Oberschenkelstumpf re 35 cm, li 37 cm lang, konisch. Hüftbeugebehinderung bds.
Mit 2 Oberschenkelkunstbeinen mit Beckengurt gut gehfähig.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Im 1. Lebensjahr stationär, erneut mit 2 J.; mit 6 J. beide Untersch. im Kniegelenk abgesetzt, Versorgung mit Gipsprothesen und kurzen Prothesen; mit 15 J. Versorgung mit großen Prothesen, beide mit Kniegelenk.

Biographie:

Der jetzt 15 jährige ist seit eh und je das Nesthäkchen in der Familie und wird besonders vom Vater, einem Maurerpolier, verwöhnt. Unter den 5 Geschwistern, die sich gut verstehen, gibt der älteste Bruder, ebenfalls Maurer wie der Vater, den Ton an.
Die Kindheit erlebte Harald teilweise in der Klinik, wo er insgesamt 2 1/2 Jahre lag. Im Kindergarten war er nur kurze Zeit, da es ihm dort zu langweilig war. In der öffentlichen Volksschule hatte er anfangs Schwierigkeiten mit den Mitschülern. Aber in kräftigen Raufereien erkämpfte er sich schließlich eine Stellung in der Klassen- und Schulgemeinschaft.

Inzwischen hat Harald S. die Volksschule mit mittelmäßigem Erfolg beendet und verwirklicht nun seinen Berufsplan: Orthopaediemechaniker. In seiner Freizeit bastelt der 15 jährige entweder an einem großen Schiff oder an einer komplizierten elektrischen Eisenbahn. Oft unternimmt er mit seinen 4 Freunden Fahrradausflüge, wobei er abwechselnd auf dem einen oder anderen Gepäckträger sitzt. Häufig gehen sie gemeinsam ins Hallenbad, wo der Patient sich über eine halbe Stunde im Wasser aufhält. Sehr stolz ist er darüber, daß ein kleiner Hund ihm "am besten von der ganzen Familie" folgt.

Abb. 19

Abb. 2o

Abb. 21

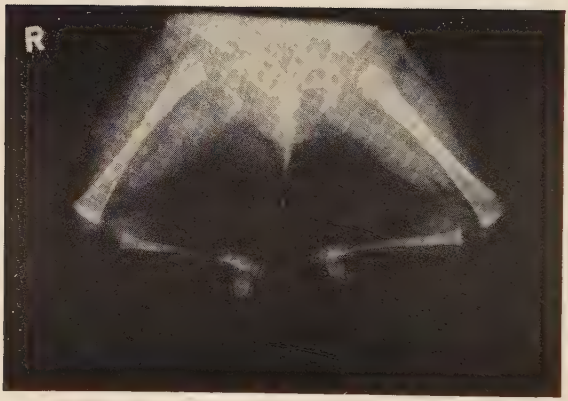


Abb. 22

Pat.(18): Jürgen S., geb. 2.11.1950

Diagnose: Ob. Extr. re: Amniotische Schnürfurchen.
4. und 5. Strahl hypoplastisch, angeb. Amputation des Ring- und Kleinfingers.
li: Angeborene Amputation des Zeigefingers und Daumens.
Unt.Extr. li: Angeborener Plattfuß. Amniotische Zehenabschnürungen.

Operativ behobene Gaumenspalte.

Befund: Re.Ringfinger fehlt im Mittelgelenk, Kleinfinger im Grundgelenk, leichte Schwimmhautbildung zwischen 2. und 3. Finger re. Li fehlt der Daumen im Grundgelenk, der Zeigefinger in der Mitte des Grundgliedes. Tiefe Hauteinschnürungen am 3. bis 5. Finger li. Re.Bein 1 cm verkürzt. Endglied der 2. Zehe re fehlt. Li.periphere Verschmelzung der 2. und 3. Zehe. Re.Fuß kontrakter Plattfuß.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Nach der Geburt Gipsbehandlung wegen Klumpfuß re; Gaumenspalte mit 4 J. versorgt; später Nachoperation; Epiphysiodese am re.Knie mit 14 J. Pat.trägt kieferorthop. Apparat im Unterkiefer.

Biographie:

Jürgen S. macht einen ehrgeizigen, aufgeschlossenen Eindruck.

Er wurde als drittes Kind eines Stadthauptsekretärs geboren. Während der Kindheit machte er mehrere Operationen durch. Für die Mutter war dies ein Grund, ihm gegenüber nachsichtiger zu sein als zu ihren 2 älteren Kindern. Er entwickelte sich zu einem ausgesprochenen Lausejungen und war unter den Geschwistern immer der "Rädelsführer".
In den ersten 4 Volksschuljahren behauptete er sich unter den Kameraden durch Schläge, die er denen austeilte, die ihn auszulachen wagten. Jürgen S. versuchte, in der Oberschule Fuß zu fassen, doch da er im Jahr des Schulwechsels sich wieder einer größeren Operation unterziehen mußte, ließen seine Leistungen nach. Daraufhin ging er in die Mittelschule, wo er inzwischen nach 4 Jahren einen sehr guten Notendurchschnitt hat. Er will es nun nochmals mit der Oberschule versuchen. Sein Ziel ist, dort die Reifeprüfung abzulegen, um später Architekt werden zu können.
Neben dem Turnunterricht in der Schule spielt der Patient mit seinen zahlreichen Freunden Fußball, treibt Leichtathletik und geht viel schwimmen. Sein Steckenpferd ist das Briefmarkensammeln.

Pat.(19): Otto S., geb. 13.9.1933

Diagnose: Unt.Extr. re: Peromelie des Unterschenkels mit Verschmelzung der Tibia und Fibula.
li: Periphere Peromelie, periph.Hypoplasie der Zehen 1 - 5.

Befund: Re Bein insgesamt verschmächtigt. O-Verbiegung des 21 cm langen Unterschenkelstumpfes. Starker Innendrehfehler der li Knöchelgabel. Leichte Adduktion und Supination des li Mittelfußes. 4 Mittelfußstrahlen. Zehen fehlen bis auf 2 kleine syndaktyle, fibulare Zehen. Trägt re Unterschenkelkunstbein mit Oberschenkelhülse und Schultergurt.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Operation an beiden Füßen mit 1 J., Nachoperation 2 - 3 Jahre später.

Biographie:

Der pedantische 34 jährige wurde als Sohn eines Schäfers geboren. Schon in der Kindheit stritt er ständig mit den 2 Brüdern, weil er alles alleine machen wollte und sich nicht gerne von den älteren Geschwistern kommandieren oder helfen ließ. Er erinnert sich, daß er einen Kindergarten besucht hat.
In der Volksschule hatte er in der Klassengemeinschaft einen schweren Stand: Während die Mitschülerinnen ihm immer gerne halfen und ihn in Schutz nahmen, wurde er von den Klassenkameraden "veräppelt". Während 8 Jahren war Otto S. nur ein mittelmäßiger Schüler. Er versuchte zunächst bei einem Sattler-, dann bei einem Schneidermeister eine Lehrstelle zu bekommen. Beide lehnten ihn ab mit der Begründung, er sei nicht voll leistungsfähig. Schließlich nahm ihn ein Schuhmacher in die Lehre. Mit 17 Jahren hatte der Patient ausgelernt und machte sich frühzeitig selbständig. Wegen seiner Pünktlichkeit und seines Fleißes war er sehr geschätzt, und sein Schuhmachergeschäft florierte. Später gab er es jedoch überraschend auf - angeblich stellten fällige Versicherungsabschlüsse die Rentabilität in Frage. Über Bekannte bekam er einen Arbeitsplatz als Telefonist. Mit dieser Tätigkeit ist er auch jetzt noch sehr zufrieden.
In der freien Zeit beschäftigt sich der Patient mit Tonbandaufnahmen von Radiosendungen. Der sehr zurückgezogen Lebende hat nur in einer freikirchlichen Gemeinschaft Anschluß gefunden. Seine ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühle machen es ihm unmöglich, gesellschaftliche Beziehungen, insbesondere zum anderen Geschlecht, anzuknüpfen, worunter er sehr leidet. Der adipöse Patient wohnt noch bei den Eltern, obwohl er in der Lage wäre, völlig selbständig zu leben.

Pat.(20): Paul S., geb. 9.2.1900

Diagnose: Angeborene Beinverkürzung li von 16 cm.

Befund: Endgradige Kniebeugekontraktur li, Unterschenkel li stark verkürzt und verschmächtigt. Kontrakter Spitzfuß von 130 Grad. Krallenstellung der Zehen li.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Operation wegen Beinverkürzung mit 4 J.

Pat.(21): Alfons W., geb. 19.5.1898

Diagnose: Unt.Extr. re: Partieller Femurdefekt.
li: Partieller Femurdefekt.
Prim. coxa vara cong.

Befund: (s.Abb.23) Starke Beinverkürzung re. Hüft- und Kniebeugekontraktur bds. Anspreizkontraktur li. Leichte Skoliose. Aplasie eines Langfingers li.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Bis zum Schulalter in fachärztl. Behandlung; trug Schiene.

Biographie:

Aus einer finanziell gut gestellten Beamtenfamilie stammen Alfons W. und seine beiden Geschwister, ein älterer Bruder, der Offizier war, und die älteste Schwester, die als 65 jährige starb.
Da die schwachen Beine ihn nicht tragen konnten, wurde Alfons W. täglich von der Schwester im Wägelchen zur Schule gefahren, bis er schließlich im Laufe der Jahre kräftig genug war, alleine zu gehen. In der Volksschule und später im Gymnasium hatte er ein gutes Verhältnis zu Klassenkameraden und Lehrern. Nur im Sportunterricht und auf Ausflügen wurden ihm die Mißbildungen in aller Deutlichkeit bewußt. In der 5. Klasse des Gymnasiums erkrankte er an Lungentuberkulose und mußte einige Jahre in häusliche Pflege. Anschließend besuchte er noch 2 Jahre lang die Handelsschule, um mit der Mittleren Reife abzuschließen.
Sehr gerne wäre er Lehrer geworden, doch die Erkrankung machte ihm einen Strich durch die Rechnung. Er trat in die Stadtverwaltung als Angestellter ein. Während seiner langen Dienstzeit bekam er nur leichtere Arbeiten, die ihn nie ganz ausfüllten. Es schmerzt ihn besonders, daß er - trotz guter Leistungen - nicht wie die anderen Kollegen befördert wurde.

Der jetzt 69 jährige Patient "traute sich nicht" zu heiraten, so stark waren die Hemmungen wegen der Mißbildung. Doch während eines Aufenthaltes in einem Lungensanatorium lernte er eine Krankenschwester kennen. Sie kam als Haushälterin zu ihm. Nun leben sie schon 12 Jahre zusammen, zurückgezogen auf dem Lande.

Abb. 23

Abb. 24

Abb. 25

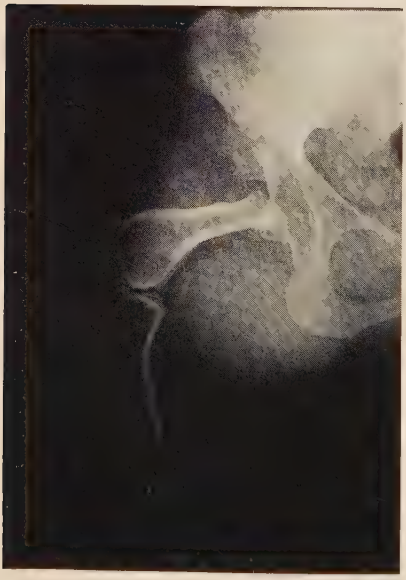


Abb. 26

Pat.(22): Klaus W., geb. 28.5.1932

Diagnose: Unt.Extr. re: Partieller Femurdefekt, Fibulahypoplasie, Fußwurzelsynostose, Zehensyndaktylie.
li: Coxa valga.

Befund: (s.Abb.24 - 26) Oberschenkelrudiment re.steht in re-winkliger Beugestellung, Unterschenkel re dadurch vor die Körperachse gehoben. Schmale, säbelscheidenartige Tibia re. Wadenbeinköpfchen nicht zu tasten. Spitzfuß re. Nur 4 Mittelfußknochen re tastbar, 2./3. und 4./5. Zehe re in Syndaktylie. Ist mit Schienenhülsenapparat mit Ausgleich der Beinverkürzung von 4o cm re versorgt.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Im Kleinkindalter Behandlung mit Extension und Operation der re Hüfte; dann mit Apparat versorgt.

Biographie:

Der Vater war Buchdrucker und Schriftsetzer; sein Verdienst ermöglichte der Familie ein gutes Auskommen. Die Eltern führten eine harmonische Ehe und machten in der Erziehung zwischen dem Patienten und seinem älteren, gesunden Bruder keine Unterschiede. Die schöne Kindheit verbrachte Klaus W. mit seiner Familie in einer schlesischen Stadt.
In der Volksschule nahmen Lehrer und Mitschüler auf den Patienten Rücksicht, und er nützte dies weidlich aus. Nach der 5. Klasse wechselte er in die Oberschule. Dort blieb er nur 1 1/2 Jahre bis zur Flucht aus der Heimat. An seinem neuen Wohnort in Westdeutschland besuchte er noch 1 Jahr die Volksschule. Seinen ursprünglichen Plan, Lehrer zu werden, mußte er fallen lassen. Nun suchte er 3 Jahre lang vergebens nach einer Lehrstelle - wegen seines Beines wurde er überall abgelehnt -, bis er sich an die Fürsorge wandte, die ihn in ein Heim verwies. Dort konnte er den Buchbinderberuf erlernen.

Inzwischen arbeitet der Patient in seiner 3. Stelle als Buchbinder, denn nirgends fühlt er sich bis jetzt recht wohl. Er hat kein Interesse daran, die Meisterprüfung abzulegen.
Der sehr pessimistisch eingestellte, ich-bezogene Patient hat außer wenigen flüchtigen Bekannten keinen Anschluß gefunden und lebt zurückgezogen in seiner Wohnung. Am ehesten hat er noch Kontakt zu seinem Bruder und dessen Kindern.
In der Freizeit treibt er keinerlei Sport, insbesondere traut er sich nicht, in der Öffentlichkeit schwimmen zu gehen. Dafür widmet er sich Büchern und besucht häufig das Theater.
Für die Zukunft hat er keine Pläne. Man gewinnt den Eindruck, daß er sich ohne klare Zielsetzung einfach treiben läßt.

Abb. 24

Abb. 25

Abb. 26

Pat.(22): Klaus W., geb. 28.5.1932

Diagnose: Unt.Extr. re: Partieller Femurdefekt, Fibulahypoplasie, Fußwurzelsynostose, Zehensyndaktylie.
li: Coxa valga.

Befund: (s.Abb.24 - 26) Oberschenkelrudiment re.steht in re-winkliger Beugestellung, Unterschenkel re dadurch vor die Körperachse gehoben. Schmale, säbelscheidenartige Tibia re. Wadenbeinköpfchen nicht zu tasten. Spitzfuß re. Nur 4 Mittelfußknochen re tastbar, 2./3. und 4./5. Zehe re in Syndaktylie. Ist mit Schienenhülsenapparat mit Ausgleich der Beinverkürzung von 4o cm re versorgt.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Im Kleinkindalter Behandlung mit Extension und Operation der re Hüfte; dann mit Apparat versorgt.

Biographie:

Der Vater war Buchdrucker und Schriftsetzer; sein Verdienst ermöglichte der Familie ein gutes Auskommen. Die Eltern führten eine harmonische Ehe und machten in der Erziehung zwischen dem Patienten und seinem älteren, gesunden Bruder keine Unterschiede. Die schöne Kindheit verbrachte Klaus W. mit seiner Familie in einer schlesischen Stadt.
In der Volksschule nahmen Lehrer und Mitschüler auf den Patienten Rücksicht, und er nützte dies weidlich aus. Nach der 5. Klasse wechselte er in die Oberschule. Dort blieb er nur 1 1/2 Jahre bis zur Flucht aus der Heimat. An seinem neuen Wohnort in Westdeutschland besuchte er noch 1 Jahr die Volksschule. Seinen ursprünglichen Plan, Lehrer zu werden, mußte er fallen lassen. Nun suchte er 3 Jahre lang vergebens nach einer Lehrstelle - wegen seines Beines wurde er überall abgelehnt -, bis er sich an die Fürsorge wandte, die ihn in ein Heim verwies. Dort konnte er den Buchbinderberuf erlernen.

Inzwischen arbeitet der Patient in seiner 3. Stelle als Buchbinder, denn nirgends fühlt er sich bis jetzt recht wohl. Er hat kein Interesse daran, die Meisterprüfung abzulegen.
Der sehr pessimistisch eingestellte, ich-bezogene Patient hat außer wenigen flüchtigen Bekannten keinen Anschluß gefunden und lebt zurückgezogen in seiner Wohnung. Am ehesten hat er noch Kontakt zu seinem Bruder und dessen Kindern.
In der Freizeit treibt er keinerlei Sport, insbesondere traut er sich nicht, in der Öffentlichkeit schwimmen zu gehen. Dafür widmet er sich Büchern und besucht häufig das Theater.
Für die Zukunft hat er keine Pläne. Man gewinnt den Eindruck, daß er sich ohne klare Zielsetzung einfach treiben läßt.

Pat.(23): Anna M., geb. 18.1o.1931

Diagnose: Unt.Extr. re: Coxa vara cong., subtotale Fibulaaplasie, Defekt des 5. Zehenstrahls.
li: Phokomelie.

Befund: (s.Abb.27 - 28) Re.Anspreiz-Beugekontraktur der Hüfte und Kniebeugekontraktur mit Schmerzen, Fuß stark spitzfüßig und valgisch, hat nur 4 Zehen. Li,sitzt direkt in den reichlichen Gesäßweichteilen ziemlich schlaff ein 3-strahliger Fuß. Ist mit Prothese versorgt.

Bisherige fachärztliche Behandlung:

Prothet. Versorgung seit der Kindheit; häufig stationär wegen Beugekontraktur im re.Hüftgelenk; Schmerzlinderung durch Laschenextension, Krankengymnastik, Streck- und Abspreizosteotomie.

Biographie:

Anna M. war das dritte von 10 Kindern eines Ratschreibers, doch trotz der großen Geschwisterzahl herrschte nie Not in der Familie.
Der Lehrer nahm die 6 jährige nur widerstrebend und probeweise in die Volksschule auf und benachteiligte sie stets, bis sich durch einen Lehrerwechsel die Situation für die Patientin entscheidend besserte. Während 8 Jahren war die ehrgeizige Schülerin die zweitbeste der Klasse. Ihr Verhältnis zu den Mitschülern war ungestört, wenn sie auch keine eigentlichen Freundinnen hatte.
Nach dem Schulabschluß wandte sie sich an den Berufsberater, da sie gerne aufs Büro gegangen wäre. Er hielt ihr aber entgegen, daß man die Arbeitsstellen für die nun heimkehrenden Kriegsversehrten offen halten müsse und sie - "sowieso nur Mädchen" - doch besser Weißzeugnäherin werden sollte. Über die Fürsorge kam sie in ein Lehrlingsheim für Körperbehinderte, in dem sie in 3 Jahren zur Wäscheschneiderin ausgebildet wurde.
Heute verdient die ledige Patientin mit kleineren Nähaufträgen bis zu DM 150.-- monatlich, bleibt allerdings weitgehend von den Eltern abhängig; sie wohnt bei ihnen im Haus und wird von ihnen verköstigt. Um nach dem Tod der Eltern nicht den Geschwistern zur Last zu fallen, strebt sie eine Umschulung an, und zwar möchte sie Handarbeitslehrerin werden; als staatliche Angestellte glaubt sie einer sorglosen Zukunft entgegen sehen zu können.
Neben ihrer Berufstätigkeit beschäftigt sich die fröhliche, ausgeglichen wirkende Anna M. ebenfalls vorwiegend mit Handarbeiten. Hin und wieder unternimmt sie einen kleinen Spaziergang .....

Abb. 27

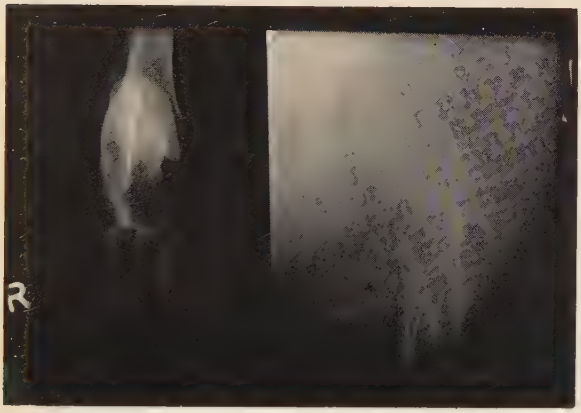


Abb. 28

2a) Zeitpunkt der erstmaligen fachärztlichen Behandlung

Die Patienten geben an:

Zeitpunkt der erstmaligen Vorstellung beim orthopaed.Facharzt	♂	♀
kurz nach der Geburt	2	2
später, doch innerhalb der ersten 7 Lebensjahre	7	2
nach dem 7. Lebensjahr	1	0
unbekannt	2	1
nie in fachärztlicher Behandlung	3	3
insgesamt	15	8

Tab. 3: Beginn der fachärztlichen Behandlung

Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten 6 Patienten (3 männliche und 3 weibliche) noch nie einen Facharzt aufgesucht. In den ersten Lebensjahren kamen 9 männliche und 4 weibliche Patienten in ärztliche Behandlung, davon jeweils 2 schon kurz nach der Geburt. Ein männlicher Patient wurde erst mit 8 Jahren dem Facharzt vorgestellt.

Die Behandlung war bei der Mehrzahl der Patienten operativ. Es wurde bereits stichwortartig über sie berichtet.

2b) Orthopaedische Hilfsmittel

Sie stellen für 16 Patienten einen wesentlichen Rehabilitationsfaktor dar. 14 Patienten wurden prothetisch versorgt, die übrigen mit orthopaedischen Schuhen versehen.

Die Patienten tragen ihre Prothesen bzw. orthopaedischen Schuhe regelmäßig und sind bis auf 2 Ausnahmen mit ihnen zufrieden.

Pat.(12) muß das Bein zum Gehen ständig in maximaler Außenrotation halten; Pat.(4) bemängelt, daß sie in der Straßenbahn oft aufgefordert wurde, den Schwerbeschädigtenplatz zu räumen, da man ihr angeblich die Prothese nicht "anmerkte" .... Sie ist darüber so verärgert, daß sie die Straßenbahn jetzt nicht mehr benützt.
Orthopaedischen Anforderungen genügen nur die Apparate von 6 und die orthopaedischen Schuhe von einem Patienten, bei weiteren 7 Kranken ist die Versorgung mangelhaft:

Pat.(1) trägt eine zu kurze Prothese. Der Apparat von Pat.(4) ist zu lang. Es wurde ein Gleichstand des gesunden und des hypoplastischen Beckenkammes erstrebt, heute resultiert eine fixierte, links konvexe Wirbelsäulenverkrümmung. Bei Pat.(8) ist der Höhenausgleich durch orthopaedische Schuhe ungenügend; es besteht ein Beckenschiefstand. Pat.(10) trägt eine zu kurze Prothese. Die Wirbelsäule zeigt im Brustbereich eine links konvexe, im Lendenbereich eine rechts konvexe Skoliose. Der Verlängerungsapparat des Pat.(11) ist als Stelze gebaut. Infolge der Fehlstellung in Hüfte und Kniegelenk besteht ein mangelhafter Aufbau. Kein Tubersitz, kein Beckenring. Der Apparat des Pat.(12) ist kosmetisch mangelhaft. Fußteil 30 Grad außenrotiert. Beim Pat.(22) ist Tuberaufsitz gleich Kniekehle. Ausladen des Oberschenkelteiles nach lateral. Vermehrte Außendrehung des Apparates, Haltlosigkeit durch Fehlen eines rotationsstabilisierenden Beckenringes. Unbefriedigendes Gangbild (schaukelnd) trotz Stockhilfe.
Über die prothetische Versorgung von Pat.(6) und Pat.(20) kann nichts Näheres berichtet werden.

3a) Mißbildungen in der Familie

In den Familienanamnesen von 6 Patienten fanden wir insgesamt 7 Mißbildungen, darunter 4 Fälle mit Pes varus:

Aus einer älteren Krankengeschichte von Pat.(2) war zu erfahren, daß eine "Tante mütterlicherseits" einen Klumpfuß hat und "väterlicherseits" eine Handmißbildung mit Verkürzung des linken Beines und Fußes aufgetreten ist. Die Patientin selbst gab hierzu nichts an.

Ebenfalls einen Klumpfuß hat ein Cousin des Vaters von Pat.(4), ein Großonkel aus der mütterlichen Familie des Pat.(19) und ein Onkel von Pat.(22).

Dieselbe Mißbildung, eine 1/3 Gaumenspalte, die sich auch bei Pat.(18) selbst fand, hatte bereits dessen Urgroßvater väterlicherseits.

In der väterlichen Familie von Pat.(8) soll eine Handmißbildung aufgetreten sein.

3b) Medikation während der Schwangerschaft, Verlauf von Schwangerschaft und Geburt

Im Zusammenhang mit dem Dysmeliesyndrom interessierte uns, ob die Mütter der Patienten während der Schwangerschaft in ärztlicher medikamentöser Behandlung standen oder eigenmächtig Medikamente nahmen. 12 Patienten konnten hierzu keine Angaben machen, doch von 3 wissen wir sicher, daß die Mütter während der Schwangerschaft in ärztlicher Behandlung waren:

In einem Fall [betrifft Pat.(21)] bestanden starke Magenbeschwerden, die medikamentös behandelt wurden; die Geburt verlief ohne Schwierigkeiten.

Eine Mutter [betrifft Pat.(4)] litt bis zum 6. Monat an Hyperemesis und Diarrhoe und nahm ständig Medikamente ein. Nach der komplizierten Geburt mußte die Placenta manuell gelöst werden.

Über die gesamte Schwangerschaft hinweg traten bei der Mutter von Pat.(8) therapieresistente Blutungen auf. Im mens 8 wurde wegen Placenta praevia die Geburt eingeleitet; sie verlief sehr schwer.

C. Soziale Befunde

1) Berufe der Eltern und finanzielle Verhältnisse im Elternhaus

Die Berufe der Väter oder stellvertretend der Mütter der Patienten geben uns ein Bild von der sozialen Stellung der Elternfamilie:

Beruf	Vater	Mutter
Handwerker:		
selbständig	2	
unselbständig	7	
Angestellte:		
leitend	1	
ausführend	2	1
Beamte (+ s.Anm.)	4	
Angehörige landwirtschaftl.Berufe	1	
Freiberuflich Tätige		1
Unbekannt	4	

Tab.5: Berufe der Eltern

+: Der Stiefvater eines Patienten - die Mutter hatte nach dem Tod des ersten Vaters, eines Bahnbeamten, zum 2. Mal geheiratet - ist Friseurmeister und hat ein eigenes Geschäft.

Die Patienten berichteten über die finanziellen Verhältnisse in ihrem Elternhaus:

Finanzielle Verhältnisse im Elternhaus	Patienten
Unauffällig	11
Zeitweise angespannt	6
Stets angespannt	2
Unbekannt	4

Tab.6: Finanzielle Verhältnisse im Elternhaus

Die Kindheit der Patienten war in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht durch Geldsorgen im Elternhaus überschattet. Die meisten Väter verdienten als Handwerker, Beamte oder Angestellte genügend, ihren körperbehinderten Kindern ausreichende ärztliche Betreuung zukommen zu lassen, sie in geeignete Schulen zu schicken und ihnen eine angemessene Berufsausbildung zu ermöglichen.

Dies galt nicht für 2 Patienten, deren Kindheit durch ständige wirtschaftliche Not im Elternhaus gekennzeichnet war: Pat.(3) hätte gerne das Gymnasium besucht, da jedoch die Geldmittel der Eltern dazu nicht ausreichten, mußte er in der Volksschule bleiben. Pat.(11) wuchs in einer kinderreichen Familie auf, in der viele ihrer Geschwister keinerlei Beruf erlernen durften, da den Eltern die Mittel dazu fehlten. Sie wäre gerne "aufs Büro" gegangen, doch mußte sie zufrieden sein, "durch Fürsprache des Pfarrers und mit der finanziellen Hilfe einer Großmutter" Weißzeugnäherin werden zu können. Dem erstgenannten Patienten gelang es, das Beste aus seiner Situation zu machen; er lernte in einem Plattenlegergeschäft, in dem sein Vater als Meister angestellt war, und führt heute einen eigenen Handwerksbetrieb. Pat.(11) dagegen lebt in sehr ärmlichen Verhältnissen, da ihr die Weißzeugnäherei nur einen geringen Verdienst einbringt.

2) <u>Kindheit</u>

15 Patienten verbrachten ihre Kindheit in ländlicher, 6 in städtischer Umgebung.

Nur 5 Behinderte besuchten den Kindergarten. Für einen Teil der Patienten bestand diese Möglichkeit überhaupt nicht; die übrigen machten von ihr keinen Gebrauch.

Man ist heute bemüht, körperbehinderte Kinder so früh wie möglich in Kontakt mit gesunden zu bringen. Nach Ansicht der Patienten selbst gelingt dies auf dem Lande schneller und organischer als in der Stadt: Das mißgebildete Kind

wird bald in die kleine, dörfliche Gemeinschaft aufgenommen und hier nicht anders als die gesunden Kinder behandelt. In der Stadt jedoch sieht es sich immer aufs neue der Neugier der Umwelt ausgesetzt, die seine Andersartigkeit über alle Maßen bestaunt, bemitleidet oder ablehnt. Auch beim späteren Schulbesuch haben es die in ländlicher Umgebung aufwachsenden Kinder in mancher Hinsicht leichter; sie werden mit den seitherigen Spielgefährten eingeschult und beginnen ihre Schulzeit häufig ohne oder wenigstens nur mit geringen und vorübergehenden "Spöttereien" seitens der Klassenkameraden. Die Möglichkeit schneller und weitgehend störungsfreier Eingliederung in die Gemeinschaft ist ein nicht zu unterschätzendes Moment für die Entwicklung des Mißgebildeten, für seine Anpassung an die schulischen Anforderungen und für seine Ausbildung schlechthin.

3) Geschwister

Schematisch wird die Geschwisterzahl der Patienten dargestellt:

Geschwisterzahl	0	1-2	3-4	5-10	unbek.
Patientenzahl	2	9	6	2	4

Tab.7: Geschwisterzahl

Ihr Verhältnis zu den Geschwistern bezeichneten 13 Patienten als "gut". Bei den restlichen 4 Patienten schwankte die Bewertung zwischen "normal" und "nicht besonders gut". Nur ein Patient spielte die dominierende Rolle im Geschwisterkreise; im allgemeinen wurde diese vom ältesten Bruder oder der ältesten Schwester getragen.

Wie wurden sie von ihren Geschwistern aufgenommen? Diese Frage beantworteten sie nahezu gleichlautend. Die körperbehinderten Kinder wurden in den Geschwisterkreis aufgenommen, rücksichtsvoll behandelt und später "gegenüber Raudis, groben oder taktlosen Spielgefährten energisch verteidigt".

Die meisten Patienten sind der Ansicht, keine Sonderrolle in der Familie gespielt zu haben: Sie fühlten sich nicht mehr und nicht weniger verwöhnt als ihre Geschwister. 2 Patienten bilden jedoch eine Ausnahme: Pat.(18) durfte sich als Liebling der Mutter weitaus mehr als seine Geschwister "bei ihr herausnehmen". Dagegen sah sich Pat.(8) ausgesprochen benachteiligt. Sie war ein dickes, phlegmatisches und nicht sehr ansehnliches Kind. Ständig nützte sie ihr Schuhwerk ungleichmäßig ab, und der Mutter wurde es mit der Zeit zu mühsam und zu kostspielig, ihr immer neue Schuhe mit Einlagen zu beschaffen, obwohl die Patientin ohne orthopaedische Schuhe nur sehr schlecht gehen konnte. Die Mutter, von Beruf Schauspielerin, gab ihr auch nie dasselbe Spielzeug wie den Geschwistern. Mit 4 Jahren brachte ihre Mutter sie schließlich zu Tanten, die sie großzogen und bei denen es ihr endlich besser ging.

3 Patienten sind als Einzelkinder aufgewachsen:

Die Eltern von Pat.(4) wollten kein zweites Kind mehr, teils aus Angst vor einem weiteren mißgebildeten, teils weil sie sich ganz der Pflege ihres einzigen Kindes widmen wollten. Heute ist die Patientin immer noch ein ängstlich umsorgtes "Kind" und trotz ihrer 27 Jahre außerordentlich lebensuntüchtig. Pat.(7) ist ebenfalls ein Einzelkind. Er wird von den Eltern "recht verwöhnt", doch nicht im eigentlichen Sinne verhätschelt, so daß er sich zu einem lebenstüchtigen und frischen 18 jährigen entwickelt hat. Pat.(9) kann ebenfalls als Einzelkind angesehen werden, da ihr Bruder 15 Jahre jünger als sie ist, doch haben sich daraus keine Konsequenzen im Sinne der Verwöhnung ergeben.

Die Entwicklung dysmeler Kinder scheint weniger gefährdet zu sein, wenn weitere Geschwister vorhanden sind. Diese können zwischen den gesunden Spielgefährten und dem Mißgebildeten vermitteln, während das Einzelkind den Kontakt zu seinen Altersgenossen selbst herstellen muß.

Vor allem lernt das körperbehinderte Kind im Geschwisterkreis beizeiten, sich in die Gemeinschaft Gesunder hineinzufinden. Es erfährt die Vor- und Nachteile dieser Gemeinschaft, lernt sich wirksam zu wehren, lernt das Verzichtenmüssen zugunsten anderer und bildet damit seine ersten Verhaltensmuster.

4) Schulbildung

19 von 23 Patienten - von 4 liegen hierzu keine Angaben vor - sind als 6 bzw. 7 jährige in eine öffentliche Volksschule eingetreten. Von ihnen absolvierten 11 sämtliche 8 Klassen, während 8 Patienten die Grundschule in der 4. oder 5.Klasse verließen, um weiterführende Schulen zu besuchen: 2 Patienten beendeten die Mittelschule und 3 die Oberschule; 4 Jahre in der Mittelschule verbrachte Pat.(18) und wechselte dann auf das Gymnasium über; Pat.(22) besuchte 1 1/2 Jahre das Gymnasium, doch mit Ausbruch des Krieges mußte die Familie aus der Heimat flüchten, und nach Kriegsende ging er lediglich 1 Jahr lang in eine westdeutsche Volksschule; Pat.(21) erkrankte in der 5. Oberschulklasse an Lungentuberkulose und besuchte noch 2 Jahre die Handelsschule, nachdem die Krankheit ausgeheilt war.

Nach Volksschulabschluß erhielten 4 Kinder eine Ausbildung in der Handelsschule; bei einem Patienten, der eben das 9. Volksschuljahr absolviert, ist dies vorgesehen.

Bezüglich des Schulabschlusses setzt sich die Patientengruppe folgendermaßen zusammen:

Schulabschluß	tatsächl.erreicht	für die Zukunft geplant
Volksschule	8	
Handelsschule	2	1
Mittl.Reife d.Mittelschule od.Höh.Handelssch.	4	
Abitur	3	1
Unbekannt	4	

Tab. 8: Schulabschluß

Die Schulleistungen von 9 Patienten waren mittelmäßig, von 8 gut und von 2 sehr gut; von 4 weiteren liegen hierzu keine Angaben vor. Kein Patient mußte eine Klasse wiederholen.

Am Turnunterricht beteiligten sich die mißgebildeten Kinder im Rahmen des ihnen Möglichen. Innerhalb der Klassengemeinschaft nahmen sie an allem teil, 3 Patienten als Oberschüler sogar an der Tanzstunde.

Zu Beginn der Schulzeit bestanden zwischen 10 Patienten und ihren Mitschülern anfängliche Dissonanzen. Die Jungen wehrten sich meist "mit Prügel gegen Spöttereien und Hänseleien", die Mädchen weinten oder suchten Zuflucht bei der Mutter. Ein Patient wandte sich von den rohen Klassenkameraden ab und den Mitschülerinnen zu, die ihn in Schutz nahmen. Weitere 9 hatten schon von Anfang an ein ungestörtes Verhältnis zu den Mitschülern.Von 4 liegen hierzu keine Angaben vor.

Schließlich gewannen 10 Kinder Freunde und Kameraden unter den Mitschülern. Die übrigen fanden keinen engeren Anschluß, blieben Einzelgänger oder an der Peripherie der Klassengemeinschaft. Für ein Mädchen war die Schulzeit "ein einziger Leidensweg"; der Lehrer kümmerte sich kaum um sie, und den Mitschülern war sie stets Zielscheibe ihres Spottes.

Das Beispiel einer weiteren Patientin zeigt, daß es nicht immer nur an den Mitschülern liegen mag, wenn die dysmelen Kinder am Rande der Gemeinschaft bleiben: Die Patientin besuchte während ihrer Oberschulzeit die Tanzstunde, trat nach dem Zwischenball aber aus, da es ihr nicht gefiel. Heute meint sie, es sei wohl eine wenig angenehme Gruppe gewesen, doch vor allem habe sie zu viele Hemmungen gehabt. Sie findet ihren damaligen Austritt ausgesprochen "dumm und kindisch". Wahrscheinlich habe sie von ihren Mitmenschen zuviel Takt und Rücksichtnahme erwartet .....

12 Patienten sehen das frühere Verhältnis zu ihren Lehrern als "normal", 3 bzw. 2 sogar als gut bzw. sehr gut.

Bei 2 Kindern war es gestört; die Schuld wird dabei den Lehrern gegeben, die ihre körperbehinderten Schüler als zweitrangig behandelt haben.

Die Lehrer hatten keine außergewöhnlichen unterrichtstechnischen Schwierigkeiten durch ihre mißgebildeten Schüler. Trotz der Handmißbildungen von 5 Patienten lernten diese schreiben, teils indem sie den Schreibstift anders faßten, teils indem sie beide Hände benutzten.

In der Frage, ob es für das körperbehinderte Kind vorteilhafter ist, ein Internat oder eine öffentliche Schule zu besuchen, kann keine Stellung bezogen werden, denn lediglich eine Patientin erhielt ihre Gymnasialausbildung in einem Internat; sie verbrachte dort "die schönste Zeit ihres Lebens" und lobt die individuelle Behandlung und Rücksichtnahme, die ihr zuteil wurde. Die übrigen Patienten besuchten durchweg öffentliche Schulen (Volks-, Handels-, Mittel- und Oberschule).

5) Beruflicher Werdegang

Nach der Schulzeit traten 7 Patienten unmittelbar ins Erwerbsleben ein, als Hilfsarbeiter, Bote, ungelernte Schreibkräfte oder Verwaltungsangestellte. 14 Patienten begannen eine ordentliche Lehre oder eine akademische Ausbildung; einer aus dieser Gruppe, Pat.(17), ist zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Lehre als Orthopaediemechaniker. Die übrigen 2 Patienten sind noch Schüler.

Nach der üblichen vorgeschriebenen Zeit erlangten 13 Patienten ihren Berufsabschluß als Handwerker (Plattenleger, Buchbinder, Schuhmacher, Schneiderin oder Näherinnen), als Lebensmittelkaufmann, kaufmännische oder Verwaltungsangestellte, als Lehrerin, Apothekerin oder promovierter Diplom-Physiker.

Die folgende Tabelle gibt die berufliche Zusammensetzung der Gruppe wieder:

Angestellte	8	
Verwaltungsangest. (einer mit abgeschl. Lehre)		3
Kaufmännische Angestellte		2
Schreibkräfte		3
Handwerker	6	
Selbständig (Plattenleger, Schuhmacher, Schneiderin od.Näherinnen)		5
unselbständig (Buchbinder)		1
Hilfsarbeiter	1	
Akademische Berufe (Lehrerin, Apothekerin u. promov.Dipl.-Physiker)	3	
Sonst. Berufe	2	
Lebensmittelkaufmann (angestellt)		1
Bote		1
Schüler und Lehrlinge	3	

Tab.9: Berufliche Zusammensetzung der Patientengruppe

Pat.(12) hat inzwischen ihren erlernten Beruf als Schneiderin aufgegeben; sie ist nun Hausfrau. Der frühere selbständige Schuhmacher Pat.(19) verdient heute seinen Lebensunterhalt als Telefonist.

Nur 5 Patienten konnten ihren ursprünglichen Berufswunsch verwirklichen. Von weiteren 4 ist lediglich die derzeitige berufliche Tätigkeit bekannt.

Ihre Mißbildung zwang 5 Patienten, auf den ursprünglich angestrebten Beruf zu verzichten; für 3 waren die angespannten finanziellen Verhältnisse im Elternhaus bestimmend, für weitere 3 die damaligen Kriegswirren und für 1 Patienten "der väterliche Wunsch".

Zum Beispiel lehnte ein Sattler- und Schneidermeister Pat.(15) als "ungeeignet" ab, obwohl dieser völlig gesunde

Hände hat; er wurde Schuhmacher, richtete bald eine eigene Werkstatt ein und hatte großen Zulauf. Pat.(15) hätte gerne ein Handwerk erlernt, doch die mißgebildete rechte Hand machte dies damals unmöglich; er erlernte einen kaufmännischen Beruf. Pat.(7) wollte Koch oder Metzger werden, wandte sich aber wegen der Mißbildung an der rechten Hand dem Beruf des Lebensmittelkaufmanns zu. Pat.(1o) träumte von einer Tätigkeit als Radiotechniker, mußte aber diesen Plan aufgeben, da er nur einen einzigen Finger hat; er lernte als Verwaltungsangestellter. Pat.(21) hätte sich gerne zum Lehrer ausbilden lassen, auf diesen Beruf mußte er jedoch verzichten, als er an Lungentuberkulose erkrankte.

Für 3 Patienten blieb der ursprüngliche Berufswunsch unerfüllbar, weil den Eltern die finanziellen Mittel für die Ausbildung fehlten: Pat.(14) wollte Schuhmacher werden, wurde jedoch so lange in der elterlichen Landwirtschaft zur Mitarbeit herangezogen, bis er "zum Lernen zu alt" war; er half einige Zeit dem Vater beim Plattenlegen und ist heute Bauhilfsarbeiter. Pat.(2) wollte Lehrerin werden, doch das Einkommen der Mutter reichte nur zum Besuch der Mittelschule und weiter zur Angestelltentätigkeit in einem Büro.

In der Lehre bewährten sich die Patienten gut und standen leistungsmäßig ihren gesunden Kollegen nicht nach. Wenn sie einmal eine Lehrstelle gefunden hatten, verlief die Ausbildung reibungslos und ohne Verzögerung. Es war jedoch oft schwierig, für die mißgebildeten Schulentlassenen eine Ausbildungsstätte zu finden. 3 Patienten konnten überhaupt erst Fürsorgeinstanzen eine solche vermitteln: Pat.(22) suchte 3 Jahre lang vergeblich eine Lehrstelle, da man ihn wegen seines mißgebildeten Beines nirgends annehmen wollte. Schließlich wandte er sich an die öffentliche Fürsorge, die ihn, der doch gerne Lehrer geworden wäre, im Josefsheim zum Buchbinder ausbilden ließ. Pat.(11) erlernte im Maria-Martha-Stift die Haushaltführung und den Beruf der Weißzeugnäherin. Um eine Anstellung in einem Büro bemühte sich Pat.(23) bei

der Arbeitsvermittlung vergeblich; sie wurde zugunsten der damals in großer Zahl heimkehrenden Kriegsversehrten abgewiesen; in einem Körperbehindertenheim lernte sie Weißzeugnähen.

Kamen die Patienten beruflich vorwärts? Blieben sie evtl. trotz dauernden Bemühens ohne beruflichen Erfolg?

3 Patienten berichteten: Pat.(1o) ist als gelernte Verwaltungsangestellte nur mit "Gelegenheitsarbeiten" beschäftigt. Pat.(21) sah sich während seiner langjährigen Arbeit trotz ausgezeichneter Kenntnisse und guter Leistungen als Angestellter "nur mit kleineren Pöstchen" betraut, die ihn nie ausfüllten, und er wurde auch nicht wie seine gesunden Kollegen befördert. Pat(2) arbeitet seit 15 Jahren als Schreibkraft, ohne sich beruflich verbessern zu können.

Diesen Beispielen können 2 Handwerker gegenübergestellt werden: Sie haben ihre Meisterprüfung abgelegt und ein eigenes Geschäft gegründet. Allerdings hat Pat.(19) inzwischen die angeblich gut gehende Schuhmacherwerkstatt aufgegeben und arbeitet jetzt als Telefonist. Ein kaufmännischer Angestellter "brachte es zum Finanzierungssachbearbeiter"; seine Stellung befriedigt ihn sehr, und er ist von ihrer Bedeutung voll und ganz überzeugt. Über berufliche Fortschritte der Angehörigen akademischer Berufe war nichts zu erfahren; die Patienten stehen erst seit kurzer Zeit im Erwerbsleben.

Nur ein Teil der Patienten ist mit der beruflichen Tätigkeit völlig zufrieden. 3 von diesen 5 haben ihren ursprünglichen Plan (Physiker, Lehrerin und Schneiderin) verwirklichen können, die beiden anderen sind Apothekerin bzw. "Finanzierungssachbearbeiter". [Pat.(12) übt allerdings den Schneiderinnenberuf zur Zeit nicht aus, um sich ganz ihrer Familie widmen zu können.]

Während 7 weitere Patienten in ihrem Beruf nicht aufgehen, sich jedoch "mit der Situation" gut abgefunden haben, sind 4 gänzlich unzufrieden mit der beruflichen Tätigkeit als

Schreibkraft, gelernter bzw. ungelernter Verwaltungsangestellter und unselbständiger Buchbinder. 2 Patienten aus dieser letzteren Gruppe schieden mittlerweile aus dem Erwerbsleben aus: Pat.(21) wurde im Alter von 60 Jahren invalidiert; die 26 jährige Pat.(4) geht seit 4 Jahren keiner Arbeit mehr nach, läßt sich von den Eltern unterhalten und nennt als Begründung insbesondere persönliche Enttäuschungen, die sie nicht überwinden konnte.

Von 4 Patienten liegen keine Angaben über ihre Einstellung zum Beruf vor, 2 Patienten sind noch Schüler, einer ist zur Zeit in der Lehre.

6) Ehe und Kinder

6 von 23 Patienten sind verheiratet, einer bereits zum zweiten Mal nach Ehescheidung.

Von den 17 unverheirateten Patienten sind 10 ohne feste Bindung, 2 Patienten verlobt - sie wollen bald heiraten -, einer lebt mit seiner Haushälterin zusammen und 4 sind noch minderjährig.
Die Ehepartner der Verheirateten sind körperlich gesund und normal strukturierte Persönlichkeiten. Sie stammen aus unauffälligem Milieu.
Die Ehe von Pat.(14) ist kinderlos. Pat.(3) hat 3 Kinder, Pat.(12) und Pat.(15) haben jeweils 1 Kind. Von Pat.(20) und Pat.(6) liegen hierzu keine Angaben vor.

Die ehelichen und familiären Verhältnisse der Patienten sollen nun stichwortartig skizziert werden:

Pat.(3) heiratete mit 28 Jahren und lebt mit seiner Frau in einem harmonischen Verhältnis. Er hat 3 gesunde Kinder, 2 inzwischen verheiratete Töchter und einen Sohn, an dem er seine eigenen, insbesondere beruflichen Wunschträume erfüllt sehen wollte, der sich jedoch mit dem Beruf des Plattenlegers begnügte.

Pat.(14) heiratete im Alter von 33 Jahren eine Kellnerin. Sie führen eine gute Ehe, haben aber keine Kinder.

Pat.(12) nahm mit 22 Jahren einen Maschinenschlosser zum Mann. Sie gebar eine gesunde Tochter, die jedoch als Einjährige an Meningitis erkrankte und seitdem Spastikerin ist. Trotzdem leben sie in einer glücklichen Familiengemeinschaft.

Pat.(15) schloß seine erste Ehe mit 27 Jahren. Während der Nachkriegszeit kam seine Frau auf die "schiefe Bahn", wie er sich ausdrückte; 3 Jahre später wurde die Ehe geschieden. Mit 35 Jahren heiratete er seine zweite, jetzige Frau, eine Säuglingsschwester. Beide haben eine gesunde 19 Jahre alte Tochter.

Von Pat.(20) und Pat.(6) kann bezüglich der ehelichen Verhältnisse nichts berichtet werden.

Lediglich von 5 Patienten war zu erfahren, auf welche Weise sie den Partner (festen Freund, Bräutigam, Gatten) kennenlernten: Pat.(21) begegnete seiner Haushälterin, mit der er schon 12 Jahre zusammenlebt, in einem Lungensanatorium, wo sie als Krankenschwester arbeitete. Pat.(8) fand ihren Bräutigam bei einer Tanzveranstaltung der Freundin, Pat.(14) seine Ehefrau als Kellnerin in einer Gaststätte, in der er sich gerne zu einem "Viertele" aufhielt. Pat.(9) lernte bei Bekannten durch Zufall ihren jetzigen festen Freund kennen, den sie bald heiraten will. Pat.(15) sah seine erste Frau lange Zeit täglich an seinem Haus vorübergehen, bis er ihre Bekanntschaft machen konnte; die zweite Frau lernte er über deren Schwester kennen.

Die meisten unverheirateten Patienten im heiratsfähigen Alter würden gerne heiraten, wenn sie nur einen passenden Ehepartner finden könnten, doch fehlt es ihnen insbesondere an Mut, entsprechende Verbindungen aufzunehmen. Weniger gilt dies für die jüngeren Patienten, die sich durch ihre Mißbildungen nicht so stark gehemmt fühlen und auch viel selbstbewußter wirken.

Zwei Patienten sprechen sich gegen eine Ehe aus: Pat.(11) berichtet, daß sie wegen ihrer Mißbildung in der Jugend mehrere ernsthafte Bewerber abgelehnt hatte, "damit diese später

nicht bereuen müßten, eine verkrüppelte Frau geheiratet zu haben ..." Pat.(23) suchte nie die Bindung an einen männlichen Partner, würde aber grundsätzlich den körperbehinderten dem gesunden vorziehen, da sie glaubt, bei jenem mehr Verständnis für sich und ihr Schicksal zu finden .....

Alle aus den Ehen der Mißgebildeten stammenden Kinder sind körperlich gesund, bis auf das nach einer Meningitis spastisch gebliebene Kind einer Patientin.

Mit der Angst, ebenfalls mißgebildete Kinder zu bekommen, motiviert ein Patient die Kinderlosigkeit seiner Ehe.

7) Sonstiger sozialer Bereich

In ihrem sozialen Verhalten bieten nur 2 von 23 Patienten das Bild von Einzelgängern; sie leben zurückgezogen ohne äußere Kontakte. Die Mehrzahl ist jedoch recht gesellig und kontaktfreudig, auch über den engeren familiären Rahmen hinaus. Bei 3 Patienten ist der gesellschaftliche Rahmen im wesentlichen mit dem Familien- und Verwandtenkreis identisch. Von 4 Patienten liegen keine näheren Angaben über ihr soziales Verhalten vor.
Es ist bemerkenswert, daß die Patienten betonen, stets nur Verbindung zu gesunden Mitmenschen gesucht zu haben; sie wollen nicht im körperbehinderten Partner ihre eigene Gebrechlichkeit gespiegelt sehen und ziehen deshalb den geselligen Umgang mit Gesunden vor. Eine Ausnahme macht hier Pat.(23); sie ist übrigens als einzige der Gruppe Mitglied eines Körperbehinderten-Verbandes.

Die Mißbildung ist für viele Patienten ein bedeutender Störfaktor in ihrem Verhältnis zur Öffentlichkeit. Nur 8 zeigen keinerlei Scheu vor der Umgebung, und zwar vorwiegend die eher unbekümmerten, jüngeren Patienten: Zum Beispiel hat Pat.(17) keine Hemmungen, ins öffentliche Hallenbad zu gehen, um dort ohne Prothese "ans Becken zu rutschen" und im Wasser, wie er voll Stolz erzählt, eine halbe Stunde ununterbrochen

zu schwimmen. In krassem Gegensatz zu ihm stehen Pat.(11) und Pat.(22), die sehr streng erzogen wurden, heute völlig zurückgezogen leben und die Öffentlichkeit scheuen.

Ein besonderes Engagement in der Öffentlichkeit gingen nur wenige Patienten ein. 3 gehören oder gehörten einem Verein an und haben dort teilweise besondere Funktionen oder Ehrenämter. Es handelt sich ausschließlich um Sportvereine: Pat. (1o) wurde im Fußball- und Schützenverein seiner Heimatgemeinde als Schriftführer eingesetzt. Pat.(3) ist auch heute noch Mitglied im Fußballverein, dem er früher lange Zeit vorstand. Im Schwimm- und Fußballverein betätigt sich Pat. (7) als "Mannschaftskapitän". Pat.(17), der am Turnunterricht der Schule recht aktiv teilgenommen hatte und nun gerne einem Fußballverein beigetreten wäre, wurde dies vom Arzt verboten.

Eine engere Gemeinschaft im Sinne kirchlich-religiöser Gruppen suchten nur 2 Patienten: Pat.(19) trat der evang.Gemeinschaft "Haus Bethanien" bei, und Pat.(11) fand in der Methodistengemeinde "eine freundliche Aufnahme, seelische Hilfe und Trost". Die Suche nach religiösen Sinngehalten und Kompensationsmechanismen für das schwere Schicksal führte sonst keinen Patienten zu einer vertieften Form der Religiosität. In diesem Zusammenhang soll kurz eine Übersicht über die konfessionelle Gliederung der Patientengruppe gegeben werden: 9 sind evangelisch, 8 katholisch, einer gehört der Methodistengemeinde an, und eine Patientin ist konfessionslos.

Die Interessen der Patienten außerhalb der beruflichen und gegebenenfalls familiären Pflichten sind sehr vielfältig. Jeder betreibt irgendeine Art von "Hobby". Einige Beispiele werden zur Illustration angeführt: Pat.(10) fährt neben seiner sonstigen sportlichen Betätigung gerne Fahrrad; Pat.(17) bastelt mit 4 Fingern an einem großen Schiff und legt für die Spielzeugeisenbahn sämtliche elektrischen Anschlüsse und Schaltungen, und Pat.(3) fuhr früher gerne schwere Motorräder. Meist beschäftigen sich die Patienten mit Lektüre,

Basteln und Handarbeiten, mit Malen, Photographieren, Tonbandaufnahmen und Briefmarkensammeln, mit Tanzen, Theater- und Konzertbesuchen; 4 spielen Musikinstrumente wie Mundharmonika, Violine, Altflöte und Schifferklavier.

Zu Hause treibt keiner der Patienten Gymnastik oder eine andere Art der Körperertüchtigung. Wenn sie sich überhaupt sportlich betätigen, dann nur in der Gemeinschaft. 2 Patienten verlegen den "Sport" in die Urlaubszeit. Bevorzugt wird das Schwimmen im Hallen- oder Freibad und das Fußballspiel. Darüber hinaus versuchen sich die Patienten jedoch in vielen Sportarten, zum Teil mit beachtlichem Erfolg. Zum Beispiel ist ein Patient "viel bewunderter Schütze" im Schützenverein seiner Heimatgemeinde, obwohl er nur einen Finger hat.

Leider sind es gerade diejenigen, bei denen vom körperlichen Befund her die sportliche Betätigung dringend zu fordern wäre, die weder Sport noch Gymnastik betreiben.

Bei der Untersuchung konnten wir feststellen, daß 15 von 23 Patienten keinerlei Hilfe beim An- und Auskleiden, in der Intimsphäre, beim Treppensteigen, beim Gehen usw. in Anspruch nehmen. Eine Patientin benötigt fremde Hilfe beim Einkaufen und beim Reinigen der Wohnung. Nur 2 Patienten haben, "wenn sie müde sind", Schwierigkeiten beim An- und Auskleiden, während einem Patienten sowohl hierbei als auch beim Gehen zeitweise geholfen werden muß. Auf fremde Hilfe ausgesprochen angewiesen ist jedoch keiner der Patienten. Dies trifft auch für den letztgenannten, ältesten Patienten der untersuchten Gruppe zu, wenn dieser auch - wohl aus Rentengründen - das Gegenteil behauptet; als er sich während der Untersuchung an- und ausziehen mußte, konnte er dies in kürzester Zeit ohne fremde Hilfe, und beim Gehen brauchte er statt des stützenden Armes nur den Stock; es scheint, daß seine Haushälterin ihm ebenso bereitwillige wie unnötige Hilfestellung gibt.

Die derzeitigen finanziellen Verhältnisse der Patienten

bieten folgendes Bild: Mit Ausnahme derjenigen, die noch Schüler beziehungsweise Lehrling sind, und einem Patienten, der gerade die Lehrabschlußprüfung bestanden hat, beziehen die meisten ein für selbständige Lebensführung ausreichendes Einkommen; 3 Patienten besitzen sogar ein eigenes Fahrzeug. 3 Patientinnen bilden eine Ausnahme: Die monatliche Rente von DM 146.-- zusammen mit maximal DM 12o.--, welche die Pat.(11) durch Näharbeit zusätzlich verdienen kann, reichen nicht aus, um die Lebenshaltungskosten zu bestreiten. Sie lebt bei der verheirateten, älteren und etwas kränklichen Schwester und befürchtet, daß deren eventueller früher Tod ihr die Existenzgrundlage rauben könnte. Pat.(23) verdient - ebenfalls mit Näharbeit - höchstens DM 15o.-- monatlich. Sie bezieht keine Rente, da ihre Eltern, auf deren Unterstützung sie völlig angewiesen ist, noch leben. Pat.(4), eine erst 26 jährige, geht ihrem Beruf als Stenotypistin nicht mehr nach.

2o von 23 Patienten - von den übrigen liegen keine diesbezüglichen Angaben vor - leben in geordneten Verhältnissen, bei den Eltern bzw. einem Elternteil (1o Patienten), bei Verwandten (1 Patient), mit eigener Familie in eigener Wohnung (5 Patienten) oder für sich allein (4 Patienten). Außer den Schülern, einem Lehrjungen und dem Patienten, der gerade erst die Lehre abgeschlossen hat, leben 5 erwachsene Patienten bei den Eltern, obwohl sie durchaus auf eigenen Füßen stehen könnten. Ein Patient meint dazu: "Weshalb soll ich ein eigenes Leben leben, wenn ich doch, solange ich im Haushalt der Eltern bin, viel Geld sparen kann?"

Den insgesamt 10 Patienten, die noch bei den Eltern wohnen, stehen 9 gegenüber, die in einer selbst geschaffenen Umgebung leben, alleinstehend oder mit ihrer Familie.

Mit Ausnahme einer Patientin sehen alle mit Optimismus und ohne größere Sorgen der Zukunft entgegen.

V. Diskussion

Zunächst interessierten uns die wirtschaftlichen Verhältnisse im Elternhaus und ihr Einfluß auf die Biographie der körperbehinderten Patienten.
In der Mehrzahl der Fälle reichte das Einkommen der Eltern aus, das Kind in eine geeignete Schule zu schicken und ihm eine angemessene Berufsausbildung zu geben. Diese Startmöglichkeiten waren bei den Patienten ungünstiger, die in finanziell angespannten Familienverhältnissen aufwuchsen. Aus dieser Gruppe gelang es nur einem, sich innerhalb des verengten Rahmens zu entfalten, während die übrigen schon frühzeitig resignierten.

Zumindest 18 Patienten verbrachten die Kindheit in einer Familiengemeinschaft, zum Teil im Kreis von Geschwistern, mit denen sie die Zuwendung und Liebe der Eltern teilten. Mit einer Ausnahme bewältigten die Eltern die Aufgabe, gerade auch das körperbehinderte Kind zur Selbständigkeit und Lebenstüchtigkeit zu erziehen. Sie machten nicht den Fehler, von ihrem Kind möglichst alle Schwierigkeiten fernzuhalten. Ein solches Kind würde zu einem völlig hilflosen Wesen, unfähig, mit den Problemen des täglichen Lebens fertig zu werden, insbesondere dann, wenn die Eltern die schützende Funktion nicht mehr ausüben können: Schädlich ist also nicht so sehr ein Zuviel als ein Zuwenig an Frustrierung, welche die Nestwärme, deren gerade die körperbehinderten Kinder besonders bedürfen, nicht ausschließen muß. Dieses "gesunde Maß" an Enttäuschung und Verzichtenmüssen ist am ehesten gewährleistet, wenn das Kind in der Familie, innerhalb der Geschwisterreihe heranwächst. In ihr werden Geist und Charakter geformt, die für das spätere Lebensschicksal stärker bestimmend sind als die körperliche Verunstaltung.

In der Nestwärme und der Möglichkeit seelischer und geistiger Kompensation der körperlichen Behinderung innerhalb der Familie sieht MAU wesentliche Argumente gegen die Einrichtung eigener "Ghettos" - womöglich mit Züchtung eines besonderen "Thalidomidadels". STRASSER (1964) führt gegen den Gedanken, eine kleine Stadt für dysmele und andere körperbehinderte Kinder zu schaffen, folgende Gründe an: der allgemeine Wunsch der Eltern, die Kinder zu Hause zu behalten, der gute Erziehungsfortschritt in der Familie und die leichte Integration innerhalb der Gleichaltrigen und der Geschwister.

Die ersten größeren Schritte über den Bereich der Familie hinaus macht das Kind mit dem Besuch eines Kindergartens und mit der Einschulung. Hier steht der Ansicht der einen Seite: Gesunde Kinder sind grausam und man muß die körperbehinderten vor einem sozialen Trauma schützen (zit. nach STRASSER), die Forderung gegenüber: Der "Krüppel" soll dazu erzogen werden, seinen Platz im Leben neben seinen gesunden Mitmenschen auszufüllen (DICKE), denn er kann nicht ein Leben lang völlig bewahrt werden vor der Neugier und dem Mitleid anderer (VERHEYDEN). Frühzeitig muß er durch Spiel und gemeinsame Erziehung mit seinen gesunden Altersgenossen zusammengebracht werden. Auf keinen Fall darf in ihm die Anschauung erweckt werden, er sei seiner psychischen Konstruktion nach ein anderes Menschenkind als jene (DICKE). Das Kind bliebe tief in einer primären Isolierung verhaftet, die schwerwiegender wäre, als Ablehnung, die es hin und wieder bei seinen ersten schüchternen Kommunikationsversuchen im Kindergarten oder später in der Schule erfahren kann. Dort gewöhnt es sich an die Gemeinschaftsregeln und die Leistungserwartungen der Gesunden und findet die Möglichkeit, sich als wertvolles, nützliches Glied der Gemeinschaft zu erleben (VERHEYDEN).

Alle Patienten der Katamnesegruppe kamen altersentsprechend in die öffentliche Volksschule und zeigten überdurchschnitt-

liche schulische Leistungen. Die Integration in die Klassengemeinschaft vollzog sich am ehesten störungsfrei in kleineren, ländlichen Gemeinden. Die körperbehinderten Kinder und ihre Mitschüler kannten sich hier schon vom gemeinsamen Spiel im Dorf oder gegebenenfalls vom Kindergarten her, während im mehr anonymen Rahmen der Stadt die Kontakte meist neu aufgenommen werden mußten. - Es soll hier erwähnt werden, daß gerade im städtischen Bereich in neuerer Zeit vermehrt Möglichkeiten der Begegnung in Form von Jugendhäusern, Schwimmbädern, Sport- und Spielplätzen geboten werden.

Ein Teil der Patienten hatte anfänglich Schwierigkeiten, in die Klassengemeinschaft aufgenommen zu werden. Damit ist die Sorge, daß das "Krüppelkind" in der Schule dem Spott und der Rücksichtslosigkeit anderer Kinder ausgesetzt ist, nicht überflüssig, wie dies GRUHL annimmt. Schließlich wurden die Patienten jedoch in die Gemeinschaft integriert; sie mußten lediglich im Sportunterricht und bei Schulausflügen beiseite stehen .....

Ihre Lehrer zeigten Verständnis für die Situation der Patienten. Das Verhältnis Lehrer - körperbehinderter Schüler war, bis auf 2 Ausnahmen, ungetrübt: Die beiden Patientinnen fühlten sich ignoriert und nicht als vollwertige Menschen behandelt; der einen war die Aufnahme in die Volksschule "erst nach langem Betteln und nur probeweise"(!) zugestanden worden; als sie im Probehalbjahr gute Leistungen zeigte, mußte sie der Lehrer "notgedrungen" in der Klasse behalten, beachtete sie aber in der Folgezeit kaum.

Der erzieherischen Ertüchtigung muß sich die berufliche anschließen, soll der Behinderte neben seinen Mitmenschen bestehen können und ihnen in der Leistung möglichst gleichgestellt werden, wie dies im Rahmen des neuen Körperbehindertengesetzes gefordert wird (LINDEMANN 1957). GRUHL sieht in einem befriedigenden Beruf eine Ersatzfunktion für manches, was gerade der "Krüppel" entbehren muß. Auf die Begabungsrichtung des Kindes sollte dabei besonderer Wert gelegt werden.

Nur wenige der Patienten konnten den ursprünglichen Berufswunsch verwirklichen. Für 5 Patienten stellt die Mißbildung einen echten Hinderungsgrund dar, den gewünschten Beruf zu ergreifen. Zum Teil waren die Verzichtgründe jedoch ungerechtfertigt: Zum Beispiel wurde ein Patient "einfach weil er ein Krüppel war" zweimal von Handwerksmeistern abgelehnt, als er sich um eine Lehrstelle bemühte. Für 3 Patienten war der Weg ins Berufsleben durch die Kriegswirren erschwert, sie mußten froh sein, "überhaupt etwas lernen zu dürfen". Weiteren drei Patienten konnte nur durch die öffentliche Fürsorge eine Lehrstelle vermittelt werden; 1 Patient mußte mangels anderer Arbeitskräfte in der häuslichen Landwirtschaft mithelfen, bis er schließlich zu alt war, eine ordentliche Lehre zu absolvieren. In den restlichen Fällen reichten die finanziellen Mittel der Eltern nicht für eine Berufsausbildung der Kinder aus - sie konnten keinerlei Beruf erlernen.
Weniger als ein Drittel der untersuchten Gruppe fühlt sich von der beruflichen Tätigkeit nicht ausgefüllt, hat sich aber "mit der Situation abgefunden", während 5 Patienten in ihrem Beruf völlig aufgehen und 4 mit ihm gänzlich unzufrieden sind.

Ein Beispiel soll verdeutlichen, welche Probleme die Berufswahl aufwirft: Kurt B. ist in der 9. Klasse der Volksschule und möchte kaufmännischer Angestellter werden. Die Eltern suchten für den Jungen eine Handelsschule im näheren Umkreis ihres Heimatortes oder eine derartige Ausbildungsstätte mit angeschlossenem Internat innerhalb des Landes. Vom Schulleiter wurden sie auf ein Internat mit entsprechender Schulmöglichkeit hingewiesen. Dort wurde der Junge jedoch abgewiesen, weil er zur Zeit des Internatseintritts das Aufnahmehöchstalter um ein Jahr überschritten hätte. Die Eltern waren ratlos, und der Berufswunsch des Jungen drohte sich zu zerschlagen. Das Problem kam bei der Untersuchung zur Sprache, und durch die Bemühungen der Orthopaedischen Universitätsklinik Tübingen

gelang es schließlich, dem Jungen an einer Handelsschule - in der Nähe des Heimatortes - einen Platz zu vermitteln.

Für die Rehabilitation körperbehinderter Kinder in Hinsicht auf die berufliche Eingliederung sind nicht nur mangelnde Einsicht und mangelnder Wille der Eltern begrenzende Faktoren, sondern oft fehlt die entsprechende Information. Spezielle, eventuell noch zu schaffende Beratungsstellen wären geeignet, Aufklärungsarbeit zu leisten und die verschiedenen Instanzen - Eltern, Schulbehörde, Berufsberatung, Klinik und Fürsorgestellen - in ihren Anstrengungen zu koordinieren. Die Eltern, an derartige zentrale Stellen verwiesen, erhielten Auskunft über die Möglichkeiten und den Aufbau der schulischen und beruflichen Ausbildung und würden bei der Suche nach geeigneten Lehr- und Arbeitsstellen unterstützt.

Mit dem nötigen Weitblick sollte der Patient in einen Beruf eingeschleust werden, in dem sich die Entfaltungs- und vor allem die Verdienstmöglichkeiten im Laufe der Jahre nicht immer mehr einengen. Später notwendig werdende Umschulungen bedeuten eine empfindliche Belastung sowohl des Patienten selbst als auch der Öffentlichkeit. Zwei Patientinnen wurden von der öffentlichen Fürsorge zu Wäschenäherinnen ausgebildet. Auch wenn sie jetzt noch so intensiv an ihrer Nähmaschine arbeiten, bleiben beide unter dem Existenzminimum. Trotz einer zusätzlichen Sozialrente in einem Fall ist es für beide Patientinnen nicht möglich, selbständig zu leben, sondern sie sind auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen. Um unabhängig zu werden, strebt die Jüngere eine Umschulung an; sie denkt an eine Tätigkeit als Handarbeitslehrerin eventuell in einem Körperbehindertenheim.

Einige Patienten der Katamnesegruppe bemühten sich in langjähriger, pflichtgetreuer Arbeit erfolglos um ein Beförderung oder wenigstens um eine Anerkennung ihrer Leistung. Sie registrieren schmerzlich, daß gesunde Kollegen - von der Ausbildung und von der Art der Tätigkeit her gleichgestellt - ohne "besondere Anstrengungen" in dem gleichen Zeitraum beruflich viel weiter gekommen sind. Mehr noch

als beim Gesunden ist beim "Krüppel" die gute Schulbildung für eine bessere Startchance und eine Steigerung der Erwerbsmöglichkeit (BIESALSKI 1922) unerläßlich.

Neun Patienten leben in einer selbstgeschaffenen Umgebung für sich allein oder mit der eigenen Familie. Die übrigen wohnen bei Eltern oder Verwandten; unter ihnen sind fünf erwachsene Patienten, die durchaus auf sich allein gestellt im Leben bestehen könnten.
6 von 23 Patienten sind verheiratet. Die ehelichen Verhältnisse sind in 4 Fällen harmonisch, in 2 Fällen unbekannt.
10 volljährige Patienten sind unverheiratet und ohne engere Beziehungen zum anderen Geschlecht. Die meisten unverheirateten Patienten im heiratsfähigen Alter würden gerne heiraten, wenn sie den geeigneten Partner finden könnten. Das Bewußtsein ihrer Mißbildung hält sie von dem Wagnis gezielter Kommunikationen zurück. Sie haben nicht den Mut, sich an gesunde Partner zu wenden, ebenfalls mißgebildete lehnen sie im allgemeinen ab. Bei den älteren Patienten ist die Scheu vor dem anderen verstärkt ausgeprägt. - Eine Patientin könnte als Ehemann nur einen Körperbehinderten akzeptieren. Sie meint, bei ihm "ein größeres Maß an seelischem Verständnis als Garant für eine harmonische Ehe" finden zu können. (Die Patientin verbrachte drei Jahre in einem Körperbehindertenheim; sie ist als einzige aus der Patientengruppe Mitglied in einem Körperbehindertenverband.)

Im allgemeinen fühlt sich der Körperbehinderte weniger zu seinen Leidensgenossen hingezogen und sucht Verbindung zu Nichtbehinderten (LUNDT). Trotzdem scheuen die Patienten, mit Ausnahme der jüngeren, die Öffentlichkeit. Einen gewissen Ersatz für diesen Ausfall an Kontakt und Geselligkeit finden sie in der Ausübung eines Hobbys. Er wird weniger gesucht in einer vertieften Religiosität. Genußmittel spielen als Kompensationsmechanismen bei unseren Patienten keine Rolle.
Die sportliche Betätigung wird sehr vernachlässigt, besonders und gerade von denjenigen, die sie dringend benötigen. Am ehesten treiben die jüngeren, männlichen Patienten Sport,

und zwar vorwiegend in der Gemeinschaft mit Nichtbehinderten.

Beim Überblick über die Lebensschicksale finden sich nur wenige Patienten, denen es gelang, sich gegenüber den Ressentiments der Umwelt voll durchzusetzen. Nur zu oft steht man unter dem Eindruck, daß der Behinderte dem Nichtbehinderten gegenüber in vielen Bereichen der Daseinsbewältigung auf dem "privaten und beruflichen Sektor" (SAGI) benachteiligt ist. Dieses "Nichtmithaltenkönnen" mag zum Teil in zu frühzeitiger Resignation, in einem bequemen "Sichtreibenlassen" angesichts der Schwierigkeiten begründet liegen. Die Hauptrolle spielt aber immer noch ein Fehlverhalten der Umwelt.
Hecker (zit.n.BRIEFS 1956) hob die Mißachtung hervor, welcher der hilfebedürftige Jugendliche in der deutschen Öffentlichkeit, einschließlich der Fürsorgebehörden, begegnet. Die Unterbewertung wird als bis heute nicht überwundenes Ergebnis eines Prozesses gesehen, der sich in der deutschen Mentalität im 17. und 18. Jahrhundert vollzogen hat, im Sinne einer starken Beeinträchtigung des Menschenbildes im leistungsschwachen und hilfebedürftigen Menschen. Er wurde nicht mehr als voller Mensch gesehen; die Überbewertung der körperlichen Leistung und der sachlichen Tüchtigkeit des Menschen ging mit einer Unterbewertung der sozialen Tugenden einher.
Abergläubische Auffassungen und Vorurteile prägten die volkstümliche Psychologie der Körperbehinderten. "Mens sana in corpore sano" - die einseitige Überbetonung der körperlichen Leistung und des Körperlichen kommt einer Fehlinterpretation gleich; in ihr liegt eine Wurzel der Vernichtung des sogenannten "lebensunwerten Lebens" - die auch Gebrechliche in großer Zahl mit einbezog - in jüngster Vergangenheit.

Die Ansicht, daß körperliche Abnormität geistig-seelische Abnormität mit einbeziehe, ließ das Wort "Krüppel" zum Schimpfwort werden. Es geht jetzt darum, zu erkennen, daß die "geistig-seelische Abnormität" nur zu oft eine Antwort auf das Fehlverhalten der Umwelt darstellt.
In dem Maße, wie der Mißgebildete in die Gemeinschaft aufgenommen wird und in ihm das Gefühl der Gemeinschaft erstarkt, wird das seelische Krüppeltum schwinden.

VI. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird eine Gruppe von 23 Patienten mit angeborenen Gliedmaßenfehlbildungen untersucht. Die Mehrzahl der Patienten ist jünger als 40 Jahre; der jüngste Patient ist 14, der älteste 69 Jahre alt.
Neben der Darstellung und Diskussion der klinischen Befunde war es ein Hauptanliegen, die Biographien unter sozialen Gesichtspunkten zu analysieren. Es wird gezeigt, auf welche Schwierigkeiten die Patienten in ihrer Lebensbewältigung stießen und wie sie ihr Schicksal meisterten.

Die orthopaedische Untersuchung ergab, daß bei elf Patienten nur eine Extremität von der Mißbildung betroffen ist; jeweils vier Patienten weisen Defekte an sämtlichen Extremitäten bzw. an zwei oder drei Gliedmaßen auf. Sechs Patienten hatten bisher noch nie einen Facharzt aufgesucht.

Die orthopaedischen Hilfsmittel stellen für sechzehn Patienten einen wesentlichen Rehabilitationsfaktor dar; vierzehn wurden prothetisch versorgt, die restlichen beiden mit orthopaedischen Schuhen. Die Hilfsmittel werden regelmäßig getragen, und die Patienten sind, bis auf zwei Ausnahmen, subjektiv mit ihnen zufrieden. Orthopaedischen Anforderungen genügen jedoch nur die Apparate von sechs bzw. die orthopaedischen Schuhe eines Patienten, bei weiteren sieben ist die Versorgung mangelhaft.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse im Elternhaus waren überwiegend unauffällig bzw. nur zeitweise angespannt, während die Kindheit von zwei Patienten durch ständige Geldsorgen überschattet war. Das Einkommen der Eltern - stärkste Berufsgruppe war die der unselbständigen und selbständigen Handwerker, gefolgt von Beamten und Angestellten - reichte meist aus, um das Kind einer geeigneten Schule zuzuführen, und ihm eine angemessene Berufsausbildung zu ermöglichen.

Zumindest achtzehn Patienten wuchsen innerhalb einer Familiengemeinschaft auf, meist im Kreis von Geschwistern, mit denen sie die Zuwendung und Liebe der Eltern teilten. (Die Entwicklung dysmeler Kinder scheint am wenigsten gefährdet zu sein, wenn weitere Geschwister vorhanden sind). Im allgemeinen bewältigten die Eltern die Aufgabe, gerade das körperbehinderte Kind zur Selbständigkeit und Lebenstüchtigkeit zu erziehen.
Alle Patienten der Katamnesegruppe kamen altersentsprechend in die öffentliche Volksschule und zeigten in der Regel überdurchschnittliche schulische Leistungen. Die Integration in die Schulgemeinschaft vollzog sich am ehesten störungsfrei in kleineren ländlichen Gemeinden, aus deren Milieu die Mehrzahl der Patienten stammt. Mit zwei Ausnahmen hatten die Lehrer Verständnis für die Situation der körperbehinderten Schüler. Acht Patienten besuchten ausschließlich die Volksschule; zwei wechselten auf eine Handelsschule, für einen ist dies geplant. Vier Patienten erreichten die Mittlere Reife (Höhere Handelsschule und Mittelschule) und drei legten die Reifeprüfung des Gymnasiums ab, die für einen noch aussteht.
Die Berufe der Patienten sind in der Reihenfolge der Häufigkeit: Angestellte (8), Handwerker (6), Akademiker (3), sonstige Berufe (2) und Hilfsarbeiter (1); zwei Patienten sind noch Schüler und einer ist Lehrling. Weniger als ein Drittel der Patienten fühlt sich von der beruflichen Tätigkeit nicht ausgefüllt, hat sich aber "mit der Situation" abgefunden, während fünf bzw. vier Patienten in ihrem Beruf völlig aufgehen bzw. mit ihm überhaupt nicht zufrieden sind. Einige Patienten bemühten sich in langjähriger, pflichtgetreuer Arbeit erfolglos um eine Beförderung oder wenigstens um eine Anerkennung ihrer Leistung.

Für die Rehabilitation körperbehinderter Kinder in Hinsicht auf die berufliche Eingliederung sind nicht nur mangelnde Einsicht und mangelnder Wille der Eltern die begrenzenden

Faktoren, sondern oft fehlt die entsprechende Information. Mit dem nötigen Weitblick sollte der Patient in einen Beruf eingeschleust werden, in dem sich die Entfaltungs- und vor allem die Verdienstmöglichkeiten im Laufe der Jahre nicht immer mehr einengen. Später notwendig werdende Umschulungen bedeuten eine enorme Belastung sowohl des Patienten selbst als auch der Öffentlichkeit.
Zehn volljährige Patienten sind unverheiratet und ohne engere Bindungen zum anderen Geschlecht. Sechs Patienten sind verheiratet; die ehelichen Verhältnisse sind in vier Fällen harmonisch, in zwei unbekannt.
Nur zwei Patienten der ganzen Gruppe bieten das Bild von Einzelgängern, die Mehrzahl jedoch ist gesellig und kontaktfreudig, auch über den engeren familiären Rahmen hinaus. In der Regel sieht sich der Körperbehinderte weniger zu seinen Leidensgenossen hingezogen; er sucht vielmehr Verbindung zum Nichtbehinderten.
Zwanzig von dreiundzwanzig Patienten leben in geordneten Verhältnissen; von den übrigen liegen keine diesbezüglichen Angaben vor. Fünf Erwachsene wohnen noch bei den Eltern, obwohl sie durchaus selbständig leben könnten. Auf fremde Hilfe angewiesen, auch in der Intimsphäre, ist kein Patient; jedoch nur fünfzehn von dreiundzwanzig Patienten nehmen keinerlei Hilfe in Anspruch.

Im Überblick über die Lebensschicksale der Patienten finden sich nur wenige, denen es gelang, sich gegenüber den Ressentiments der Umwelt voll und ganz durchzusetzen. Das "Nichtmithaltenkönnen" mag zum Teil in zu frühzeitiger Resignation, in einem bequemen "Sichtreibenlassen" angesichts der Schwierigkeiten begründet liegen. Die Hauptrolle spielt jedoch immer noch ein Fehlverhalten der Umwelt.

VII. Literaturverzeichnis

Biesalski, K.: Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Hamburg, Leipzig: Voß 1909.

Biesalski, K.: Krüppelwesen. in: Handwörterbuch der sozialen Hygiene, 1, S. 695 - 703 Leipzig: Grotjahn Kaup 1912.

Biesalski, K.: Leitfaden der Krüppelfürsorge. Leipzig; Voß 1922.

Blauth, W.: Morphologie und Therapie der angeborenen Kniegelenksluxationen bei totaler Tibiaaplasie. in: Zeitschrift für Kinderchirurgie und Grenzgebiete, II, Heft 3, S. 347 - 364. Stuttgart: Hippokrates 1965.

Blauth, W.: Der kongenitale Femurdefekt. Beilage zu Bd. 103 der Zeitschrift für Orthopaedie. Stuttgart: Ferdinand Enke 1967.

Blohmke, F.: Das Unfallrisiko Körperbehinderter im Straßenverkehr. in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, S. 6 - 10, 1964.

v. Bracken, H.: Schulfragen behinderter Kinder. in: Die Rehabilitation, Heft 3, S. 122 - 135 Stuttgart: Thieme 1966.

Briefs, P.J.: Um das Menschenbild im körperbehinderten Mitmenschen. in: Jugendwohl, 37.Jahrgang, 2. Heft, S.42-48, 1956.

Briefs, P.J.: Die Entwicklung des Gedankens der Ganzheit in der Körperbehindertenfürsorge. in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, S. 19 - 30, 1960.

Bundesministerium für Gesundheitswesen: - Herausgeber - 2. Monographie über die Rehabilitation der Dysmelie-Kinder. Frechen, Köln: Bartmann 1967.

Däumling, A.M.: Psychologische Untersuchungen über das körperbehinderte Kind in der Volksschule. in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, S. 222 - 228, 1965/66.

Dahmen, G.
Hepp, O.: Maßnahmen und Möglichkeiten der Rehabilitation und Prävention im orthopaedischen Bereich.
in: 2/3 Rehabilitation
Frankfurt/M: Umschau 1965.

Dicke, W.: Dem Körperbehinderten steht die Welt offen.
Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1960.

Eckhardt, H.: Körperliche Mißbildungen.
in: Handbuch der Erbkrankheiten, 6, S. 156 - 364
Leipzig: Thieme 1940.

Grebe, H.: Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere.
III. Teil: Die Einzelmißbildungen. 19. Lieferung, S. 844 - 892
Jena: G. Fischer 1958.

Gruber, G.B.: Die Morphologie der Mißbildungen.
in: Schwalbe, E. u. Gruber, G.B.
IX. Lief. III/1, 271
Jena: Fischer 1958.

Gruhl, M.: Das Krüppelkind in der Familie und öffentlichen Schule.
in: Mutter u. Kind, Ausgabe A, III NF, S. 46 - 47, 1925.

Hagen, R.: Leibesertüchtigung der Körperbehinderten.
in: Die Rehabilitation, Heft 1, S. 12 - 19
Stuttgart: Thieme 1967.

Hopf, A.: Die angeborenen Veränderungen des Unterarmes und der Hand.
in: Handbuch der Orthopaedie, 3, S. 42o - 5o6
Stuttgart: Thieme 1959.

Kliemke, E.: Die Stellung des körperbeschädigten Menschen zu seinem Schicksal - Problematik und Wege der Hilfe.
in: Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, S. 15 - 21, 1961.

Krusen, F.H.: Concepts in Rehabilitation of the handicapped.
Philadelphia and London: W.B. Saunders Company 1964.

Kunert, S.: Erziehungs- und Bildungsprobleme in Elternhaus, Kindergarten und Schule.
in: Das behinderte Kind, II, Heft 3, S. 65 - 74, 1966.

Legrix, D.: ..... und doch als Mensch geboren.
Freiburg: Herder 1963.

Lenz, W.: Das Thalidomid - Syndrom.
in: Fortschritt der Medizin 81, S. 148 - 155, 1. Halbjahr 1963.

Lenz, W.: Chemical and Malformations in Man Sessions VI, Extrinsic Factors in Congenital Malformations of Man.
in: Congenital Malformations
Papers and Diskussion Presented at the second International Conference.
New York City 14. - 19.8.63.

Lindemann, K.: Die ärztlichen Aufgaben im neuen Körperbehindertengesetz.
in: Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift, 82, Jahr., S. 1657 - 1658, 2. Halbjahr 1957.

Lindemann, K.: Die angeborenen Deformitäten des Unterschenkels.
in: Handbuch der Orthopaedie, 4, Teil II, S. 741 - 78o
Stuttgart: Thieme 1959.

Lundt, P.V.: Zur Lebenssituation von Körperbehinderten.
in: Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt, Heft 5
Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1962.

Malikowski, F.: Zur Krüppelpsychologie.
in: Nachrichtendienst des Selbsthilfebundes der Körperbehinderten, 6. Jahrgang, Nr.1o, S. 133 - 136, 1925.

Mau, H.: Die Behandlung der angeborenen Gliedmaßenmißbildungen.
Nach einem Vortrag auf der 128. Tagung der Mittl. Rhein.Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 6.5.1962 in Trier.

Meisel, J. (red.): Orthopaedie und Krüppelfrage.
in: Österreichische Krankenpflegezeitung, 6. Jahrgang, Nr. 16, S. 121 - 124, 3.8.19o8.

Perl, O.: Krüppeltum und Gesellschaft im Wandel der Zeit.
Gotha: Klotz 1926.

Rütt, A.: Der kongenitale Femurdefekt.
in: Handbuch der Orthopaedie, 4, Teil I, S. 19o - 196.
Stuttgart: Thieme 1961.

Sagi, A.: Die Persönlichkeit des Körperbehinderten.
in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1955/56, S. 74-79.

Schasse, W.
Mensling, P.
Rust, W.: Die Krüppelfürsorge in der deutschen Literatur 1900 - 1925.
Leipzig: Voss 1928.

Scheibe, W.: Zur Situation der thalidomidgeschädigten Kinder.
Tübingen: Huth 1967.

Schöneberg, H.: Über Mißbildungen der Extremitäten.
Basel (Schweiz), New York: Karger 1962.

Simon, W.V.: Krüppelfürsorge.
in: Handbuch der sozialen Hygiene, 4, S. 568-637
Berlin: Springer 1927.

Soden, W.H.: Rehabilitation of the handicapped.
New York: Ronald Press Company 1949.

Strasser, H. Zur Psychologie des Körperbehinderten.
in: Almanach d.Instituts für Psychotherapie und Tiefenpsychologie
Stuttgart: Klett 1957.

Strasser, H.: Psycho-soziale Aspekte des Dysmelie-Syndroms, ein Untersuchungsbericht.
in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, S. 98 - 1o2, 1964.

Strasser, H.: Das behinderte Kind und seine Umwelt.
in: Das behinderte Kind, II, Heft 5, S. 143 - 151, 1966.

Verheyden, C.: Unser Kind ist körperbehindert.
Stuttgart: Klett 1963.

Weil, S.: Die angeborenen Mißbildungen des Ellenbogengelenks.
in: Handbuch der Orthopaedie, 3, S. 336 - 34o
Stuttgart: Thieme 1959.

Weil, S.: Die angeborenen Erkrankungen der Schultergegend und des Schultergelenkes.
in: Handbuch der Orthopaedie, 3, S. 1 - 39
Stuttgart: Thieme 1959.

Werthemann, A.: Entwicklungsstörungen der Extremitäten.
in: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, 9, Teil II, S. 342 - 395
Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1952.

Wolstenholme, G., O'Connor: Congenital malformations. London: Churchill LTD 1960,

Wrete, M.: Die kongenitalen Mißbildungen. Stockholm: Almquist u. Wisell 1955.

Wuertz, H.: Sieghafte Lebenskämpfer. München, Leipzig: Seybold 1919.

Wuertz, H.: Zerbrecht die Krücken. Leipzig: Voss 1932.

L e b e n s l a u f

Am 16.2.1943 wurde ich, Ingrid Köhnlein, geb. Franz, in Emanuelssegen (Oberschlesien) geboren. Mein Vater, von Beruf Bahnbeamter, fiel im Mai 1944 in Rußland. 1945 wurden meine Mutter und ich ausgewiesen und lebten seither in Schorndorf.
Nach dem Besuch der Volksschule trat ich 1953 in das Gymnasium Schorndorf ein. Am 3.3.1962 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

Mit dem Sommersemester 1962 nahm ich an der Universität Erlangen das Studium der Medizin auf, legte den naturwissenschaftlichen Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung am 1.3.1963 und die ärztliche Vorprüfung am 6.3.1965 ab.

In den klinischen Semestern studierte ich an der Universität Tübingen und bestand am 30.7.1968 das Staatsexamen.

Am 23.8.1968 heiratete ich den Medizinalassistenten Günter Köhnlein.